

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO CLARO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE



Este é um modelo dos protocolos básicos da UBS, podendo ser alterado por cada equipe.

Prefeitura de Ribeirão Claro – PR

Secretaria Municipal de Saúde

Procedimento Operacional Padrão – POP

Elaborado por Tatiane Maria Camargo Bellia – Chefe de Enfermagem

Aprovado por Luiz Henrique Fontequê Frigeri – Secretário Municipal de Saúde

Ribeirão Claro 2025-2028

Sumário

PADRONIZAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATENDIMENTO NA UBS	5
IDENTIFICAÇÃO SEGURA DOS USUÁRIOS NA UBS	7
AGENDA MÉDICA	10
AGENDA DE ENFERMAGEM	13
ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES	16
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	19
TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	22
PROTOCOLO DE CONSULTA ESPONTÂNEA E CONSULTA AGENDADA NA UBS	24
PROTOCOLO DE CONSULTA ESPONTÂNEA E CONSULTA AGENDADA NA UBS	27
TRIAGEM DE ENFERMAGEM NA UBS	29
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE SAÚDE	31
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MÉDICO NA UBS	34
VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR	36
VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	38
VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	40
VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO	42
VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	44
TESTE DE GLICEMIA CAPILAR	47
MENSURAÇÃO DE PESO NA UBS	50
MENSURAÇÃO DE ALTURA	52
MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	54
MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL	56
MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO	58
MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO	60
REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C	62
COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE RT-PCR	65
COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE DE ANTÍGENO (TESTE RÁPIDO)	68
TÉCNICA DE PASSAGEM DE Sonda NASOENTERAL	71
FLUXO DE TROCA DE Sonda NASOENTERAL	74
PASSAGEM DE Sonda NASOGÁSTRICA	77
PASSAGEM DE Sonda VESICAL DE DEMORA	80

PASSAGEM DE Sonda Vesical de Demora	84
TROCA DE CISTOSTOMIA	86
ASPIRAÇÃO DE VIAS ÁREAS	91
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS	95
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	98
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA	101
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA	104
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)	107
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR	110
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL	113
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA	116
PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL	119
LAVAGEM DE OUVIDO	122
REALIZAÇÃO DE EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	125
TÉCNICA DE CURATIVO	128
LIMPEZA UBS	131

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 1	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PADRONIZAÇÃO DOS HORÁRIOS DE ATENDIMENTO NA UBS		

1. OBJETIVO

Estabelecer um padrão de horários para os diversos atendimentos ofertados pela UBS, visando organização, previsibilidade e eficiência no acesso da população aos serviços de saúde.

2. ABRANGÊNCIA

Este POP se aplica a todos os **profissionais da UBS**, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários de saúde, recepcionistas e administrativos.

3. HORÁRIOS PADRONIZADOS DE ATENDIMENTO (exemplo) – deverá estar exposto em cada Unidade de Saúde.

Tipo de Atendimento	Horário	Observações
Abertura da UBS	07h00	Início das atividades administrativas
Atendimento Médico – Agendado	07h30 às 11h30 13h00 às 16h00	Agendamento preferencial via sistema ou recepção
Consulta de Enfermagem	07h30 às 11h30 13h00 às 16h00	Curativos, puericultura, pré-natal, etc.
Consulta Espontânea (demanda livre)	07h30 às 09h30 13h00 às 14h30	Limite diário conforme capacidade de atendimento
Coleta de Exames Laboratoriais	07h30 às 09h00 (dias específicos)	Jejum obrigatório para alguns exames
Vacinação	08h00 às 11h00 13h30 às 16h00	Conforme calendário vacinal vigente
Dispensação de Medicamentos	08h00 às 11h30 13h00 às 16h00	Farmácia da UBS
Atendimento Odontológico	07h30 às 11h30 13h00 às 16h00	Conforme agendamento
Visitas domiciliares (ACS / Equipe)	11h00 às 12h00 16h00 às 17h00	A critério da coordenação da ESF

Tipo de Atendimento	Horário	Observações
Encerramento das atividades	17h00	Fechamento e relatórios de produção

Obs.: Os horários podem variar conforme características locais e demandas populacionais.

4. RESPONSABILIDADES E CARGOS

Cargo	RESPONSABILIDADES
Coordenação da UBS	Garantir cumprimento dos horários, revisar o protocolo periodicamente.
Recepção e Administrativo	Agendar, informar e orientar os usuários.
Profissionais da saúde	Cumprir horários, registrar produção e atender conforme a escala.

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Avaliação mensal da adesão ao protocolo.
- Relatórios de atendimentos e faltas.
- Ajustes conforme necessidade da equipe ou da população.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Este POP deve ser afixado em local visível e estar disponível à equipe.
- Qualquer alteração de horário deve ser comunicada com antecedência.
- O não cumprimento sistemático será discutido com a coordenação.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 2	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	IDENTIFICAÇÃO SEGURA DOS USUÁRIOS NA UBS		

1. OBJETIVO

Assegurar a **identificação correta dos usuários** da UBS em todas as etapas do atendimento, reduzindo riscos de erro e promovendo a segurança e qualidade no cuidado prestado.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento aplica-se a **todos os profissionais** da UBS envolvidos direta ou indiretamente no acolhimento, atendimento clínico, administração de medicamentos, vacinação, exames e outros procedimentos.

3. DEFINIÇÃO

Identificação segura consiste na verificação ativa e cruzada de **dois identificadores obrigatórios** do usuário antes de qualquer atendimento, intervenção, ou registro.

4. IDENTIFICADORES OBRIGATÓRIOS

Devem ser confirmados **no mínimo dois** dos seguintes dados:

- Nome completo do usuário.
- Data de nascimento.
- Cartão SUS (número).
- Documento oficial com foto (RG, CNH, etc.).
- Nome da mãe (em caso de homônimos).
- Endereço completo (se necessário para confirmação).

Nunca utilizar somente o nome ou a posição na fila como critério único de identificação.

5. ETAPAS DO PROCESSO

5.1 Acolhimento na Recepção:

- Solicitar e confirmar verbalmente nome completo e data de nascimento.
- Verificar com documento (preferencialmente Cartão SUS ou documento com foto).

- Conferir se o cadastro está atualizado no sistema da UBS.

5.2 Atendimento de Enfermagem ou Médico:

- Reconfirmar os dois identificadores **antes de qualquer ação clínica**.
- Garantir que o prontuário utilizado corresponde ao usuário identificado.
- Registrar no prontuário o atendimento com os dados corretos.

5.3 Administração de Medicamentos, Vacinas ou Procedimentos

- Confirmar nome completo e data de nascimento verbalmente com o paciente.
- Verificar a etiqueta/receita/prescrição antes da aplicação.
- Em crianças ou pessoas com dificuldades de comunicação, confirmar com o responsável.

5.4 Coleta de Exames

- Conferir nome completo e data de nascimento antes da coleta.
- Etiquetar corretamente os tubos e formulários, evitando abreviações ou apelidos.

6. SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Usuário sem documento:** registrar como "usuário não identificado", preencher ficha de identificação provisória e solicitar dados com máximo de precisão.
- **Paciente inconsciente ou com dificuldade de comunicação:** confirmar com acompanhante ou responsável legal.
- **Homônimos:** redobrar checagem com nome da mãe e data de nascimento.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Coordenação da UBS	Garantir treinamentos, revisar o protocolo periodicamente.
Recepção e Administrativo	Checar dados cadastrais e atualizar sistema.
Equipe de Enfermagem	Reconfirmar identificação antes de procedimentos.
Médico	Verificar dados antes do atendimento clínico.

Farmácia e Vacinação	Checar nome e data de nascimento antes da administração.
----------------------	--

8. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

- Revisão periódica de registros e prontuários.
- Auditorias internas sobre erros ou trocas de pacientes.
- Relato de incidentes relacionados à identificação (se houver).

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Este POP deve estar disponível à equipe e ser atualizado conforme mudanças nos fluxos.
- A segurança do paciente é uma **responsabilidade compartilhada** por todos os profissionais.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 3	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	AGENDA MÉDICA		

1. OBJETIVO

Organizar e padronizar o uso das **agendas médicas** na UBS, assegurando **acesso com equidade, continuidade do cuidado e controle da oferta** de atendimentos, de forma clara para profissionais e usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a toda a **equipe da UBS**, especialmente médicos, recepcionistas, técnicos administrativos, coordenação e regulação municipal, quando houver.

3. DEFINIÇÕES

- **Agenda médica:** distribuição diária e semanal dos horários de atendimento clínico, por profissional médico da unidade.
- **Consulta agendada:** marcada previamente no sistema ou presencialmente, de acordo com critérios clínicos e disponibilidade.
- **Consulta de demanda espontânea:** encaixe para queixas agudas, intercorrências ou casos sem agendamento prévio.

4. PADRÃO DE ORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS

Estrutura mínima da agenda diária do médico:

Tipo de Atendimento	Proporção sugerida	Observações
Consultas agendadas	60–70%	Programadas via recepção ou e-SUS
Demandas espontâneas	20–30%	Encaixe para urgências leves e queixas
Retornos ou prioritários	10–20%	Pacientes com reavaliação agendada

Os percentuais podem variar conforme perfil da unidade e pactuação local.

5. DIRETRIZES PARA O USO DAS AGENDAS

5.1 Agendamentos

- Devem ser realizados com **registro no sistema oficial** (e-SUS PEC ou outro).
- Os usuários devem ser informados sobre data, horário e necessidade de chegada com antecedência.
- Evitar agendamentos duplicados para o mesmo paciente em curto prazo.
- Garantir acesso equitativo por território, vulnerabilidade e faixa etária.

5.2 Horários das Consultas

- Definidos com base na carga horária semanal dos profissionais (ex: 20h, 30h ou 40h).
- Tempo estimado por consulta: 15 minutos (variável).
- Consultas agendadas devem ter horário fixo e previsível.

5.3 Controle de Faltas (absenteísmo)

- Após **duas faltas sem justificativa**, paciente deve retornar à fila regular ou passar por reavaliação de prioridade.
- Incentivar lembretes via ACS, telefone ou aplicativo (se disponível).

5.4 Encaixes

- Limitados por turno.
- Autorizados pela equipe de enfermagem ou coordenação, com critério clínico.
- Preferência para gestantes, idosos, crianças e agudos.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Coordenação da UBS	Monitorar cumprimento da agenda, avaliar produção e ajustar fluxos.
Recepção e Administrativo	Agendar e organizar a agenda no sistema e evitar duplicidades.
Médico	Cumprir horários, registrar atendimentos e validar retorno necessário.

ACS	Informar pacientes sobre consultas e faltas.
-----	--

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Verificação mensal do número de atendimentos, faltas e encaixes.
- Revisão da agenda médica em reunião de equipe.
- Análise de tempo médio de espera por consulta.

8. SISTEMAS UTILIZADOS

- e-SUS PEC ou equivalente local.
- SISREG (para regulação externa).
- Planilhas de controle interno (se necessário).

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Este POP deve ser divulgado entre os profissionais e revisto periodicamente.
- Alterações devem ser registradas com justificativa técnica.
- A agenda médica é instrumento de organização do cuidado e deve estar alinhada com o plano de ação da UBS.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 4	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	AGENDA DE ENFERMAGEM		

1. OBJETIVO

Padronizar a organização e utilização da **agenda de atendimentos da equipe de enfermagem**, otimizando os serviços, fortalecendo a APS e garantindo o cuidado contínuo e resolutivo aos usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a **enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, agentes comunitários de saúde (ACS)** e à **coordenação da UBS**.

3. DEFINIÇÕES

- **Agenda de enfermagem:** cronograma semanal de atendimentos realizados pelo enfermeiro, organizados por tipo de atividade e perfil populacional.
- **Consulta de enfermagem:** atendimento clínico realizado de forma autônoma, conforme protocolos (pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, planejamento familiar, etc.).
- **Procedimentos de enfermagem:** atendimentos de menor complexidade, realizados pelo técnico ou sob supervisão do enfermeiro (curativos, injetáveis, aferições, etc.).

4. ESTRUTURA SUGERIDA DA AGENDA SEMANAL DO ENFERMEIRO

Tipo de Atendimento	Frequência sugerida	Observações
Consulta de pré-natal	2x por semana	Conforme protocolo da gestação
Consulta de puericultura	1x por semana	Acompanhamento do crescimento infantil
Consulta de hipertensos e diabéticos	2x por semana	Grupo prioritário na APS
Planejamento familiar /	1x por semana	Inclui colocação de DIU,

Tipo de Atendimento	Frequência sugerida	Observações
citopatológico		orientações
Curativos / injetáveis / procedimentos	Diariamente	Preferencialmente turno da manhã
Sala de vacinação (apoio)	Conforme escala	Em apoio à equipe técnica
Atendimento de demanda espontânea	Diariamente (turno parcial)	Inclui queixas leves e triagens
Visitas domiciliares (com ACS)	1x por semana ou conforme agenda	Alta vulnerabilidade ou pré-agendadas

A divisão exata pode variar conforme o porte da unidade e a carga horária do enfermeiro.

5. PADRÕES PARA ORGANIZAÇÃO DAS AGENDAS

5.1 Agendamentos

- Devem ser realizados com **registro no sistema (e-SUS/PEC)**;
- Os agendamentos devem considerar perfil epidemiológico e prioridades locais;
- Consultas de retorno devem ter horário garantido na agenda.

5.2 Horário de Atendimento

- As agendas devem respeitar a jornada de trabalho e carga horária contratual.
- O tempo sugerido por consulta de enfermagem é de **20 a 30 minutos**.

5.3 Encaixes

- Permitido conforme disponibilidade e triagem da recepção.
- Situações como gestante sem pré-natal, criança febril ou ferimento recente devem ser priorizadas.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Coordenação da UBS	Monitorar cumprimento da agenda, avaliar produção e ajustar fluxos.
Recepção e Administrativo	Agendar e organizar a agenda no sistema e evitar

	duplicidades.
Enfermeiro	Planejar agenda semanal, atender, registrar no prontuário e ajustar conforme demanda.
Auxiliar e técnico de enfermagem	Executar procedimentos conforme orientação do Enfermeira e auxiliar no controle de sala.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Acompanhar indicadores de cobertura: pré-natal, puericultura, hipertensão, citopatológicos, etc.
- Avaliar faltas, demanda reprimida e tempo de espera.
- Reuniões periódicas com a equipe para realinhamento.

8. SISTEMAS E DOCUMENTOS UTILIZADOS

- Sistema e-SUS APS (PEC).
- Prontuário individual.
- Ficha de agendamento ou atendimento.
- Planilhas de controle interno (quando necessário).

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Este POP deve estar disponível à equipe e ser revisto periodicamente.
- Sugestões de melhoria devem ser discutidas em reunião de equipe.
- Toda agenda deve priorizar **cuidado resolutivo, acesso justo e segurança do paciente.**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 5	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES		

1. OBJETIVO

Padronizar as orientações para a realização das visitas domiciliares pela equipe da UBS, garantindo qualidade, segurança e fortalecimento do vínculo com os usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS envolvidos em visitas domiciliares, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos.

3. ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS VISITAS

3.1 Planejamento da Visita

- Identificar e priorizar os usuários que necessitam de visita domiciliar (idosos, acamados, gestantes, pacientes com doenças crônicas, entre outros).
- Agendar a visita, sempre que possível, comunicando o usuário ou responsável.
- Organizar o roteiro de visitas para otimizar o tempo e garantir segurança da equipe.

3.2 Preparação para a Visita

- Conferir os materiais e equipamentos necessários (prontuário, medicamentos, materiais para curativos, EPIs).
- Confirmar endereço completo e dados do usuário.
- Avaliar riscos do ambiente, como animais soltos, presença de violência ou outras condições inseguras.

3.3 Durante a Visita

- Identificar-se para o usuário e familiares, explicando o objetivo da visita.
- Realizar acolhimento e escuta ativa, respeitando a privacidade e a dignidade do usuário.
- Avaliar condições clínicas, uso de medicamentos, ambiente domiciliar e necessidades de saúde.
- Executar procedimentos previstos, como aferição de sinais vitais, curativos, orientações sobre cuidados e medicamentos.

- Registrar todas as informações no prontuário e em formulários específicos.

3.4 Após a Visita

- Atualizar registros e prontuários com as informações coletadas.
- Informar a equipe sobre a situação do usuário e necessidades identificadas.
- Planejar novas visitas ou encaminhamentos, se necessário.

4. SEGURANÇA E CUIDADOS

- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme o risco da visita.
- Manter comunicação constante com a equipe durante a realização das visitas.
- Respeitar a privacidade e confidencialidade do usuário.
- Não realizar visitas em locais que apresentem riscos evidentes sem acompanhamento da coordenação.

5. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Coordenação da UBS	Monitorar cumprimento da agenda, avaliar produção e ajustar fluxos.
ACS	Apoiar no vínculo comunitário e no acompanhamento domiciliar.
Enfermeiro	Planejar realizar e supervisionar visitas.
Auxiliar e técnico de enfermagem	Apoiar e executar procedimentos conforme orientação.
Médico	Realizar visitas conforme necessidade clínica.

6. DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA

- Prontuário eletrônico ou físico.
- Fichas de visita domiciliar.
- Registros de encaminhamentos e anotações de cuidados.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Realização de reuniões periódicas para avaliação das visitas domiciliares.
- Análise dos registros para identificação de melhorias no processo.
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 6	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para manter a higiene pessoal dos profissionais de saúde, visando a prevenção de infecções, promoção da segurança do paciente e manutenção de um ambiente de trabalho saudável.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde, equipe administrativa, serviços gerais e outros colaboradores).

3. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Profissional da Saúde	Cumprir todas as orientações deste POP.
Coordenação da UBS	Garantir condições adequadas para a higiene e fornecer insumos necessários.
Serviço de controle de infecção	Orientar e treinar equipe conforme protocolo vigentes.

4. ORIENTAÇÕES GERAIS DE HIGIENE PESSOAL

4.1. Higiene das mãos

- Lavar as mãos com água e sabonete líquido antes e após cada atendimento, após contato com secreções, antes das refeições e após usar o banheiro.
- Utilizar álcool 70% sempre que não houver necessidade de lavagem com água e sabão.
- Seguir a técnica preconizada pela ANVISA.

4.2. Uniforme e paramentação

- Usar uniforme limpo diariamente.
- Trocar imediatamente caso seja contaminado por fluidos corporais.
- Aventais, jalecos ou EPIs devem ser usados somente dentro da unidade.
- Manter calçados fechados, limpos e de uso exclusivo no trabalho.

4.3. Cabelos, barba e unhas

- Manter cabelos limpos e presos, sem contato com a face ou campo de trabalho.
- Barba aparada e higienizada.
- Unhas curtas, limpas, sem esmalte descascado ou adornos.

4.4. Adornos pessoais

- É proibido o uso de anéis, alianças, pulseiras, relógios, brincos pendentes ou colares durante o trabalho assistencial.

4.5. Higiene corporal

- Banho diário antes do início da jornada.
- Uso de desodorante antitranspirante, evitando fragrâncias fortes.
- Manter boa higiene oral.

4.6. Máscaras e EPIs

- Utilizar máscara conforme a necessidade do setor.
- Trocar a máscara sempre que estiver úmida, danificada ou após 3 horas de uso.
- Usar e descartar EPIs conforme protocolos.

5. REGISTROS

- Treinamentos sobre higiene pessoal devem ser registrados em ata ou lista de presença.
- Não há registro individual diário, mas observações e não conformidades devem ser anotadas pela coordenação.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

- O descumprimento deste POP será comunicado à coordenação e poderá resultar em medidas corretivas.

- Revisar este documento anualmente ou sempre que houver atualização nas normas do ****MS**** ou ****ANVISA****.

7. REFERÊNCIAS

* ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos*.

* Ministério da Saúde. *Manual de Boas Práticas para Serviços de Saúde*.

* NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 7	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		

1. OBJETIVO

Garantir a correta higienização das mãos por todos os profissionais da UBS, prevenindo infecções e protegendo pacientes, usuários e equipe.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS envolvidos em atendimento direto ou indireto aos usuários.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sabonete líquido (antisséptico ou comum).
- Água corrente.
- Álcool em gel 70%.
- Papel toalha descartável ou secador de mãos.

4. INDICAÇÕES PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Higienizar as mãos:

- Antes e após contato com o paciente.
- Antes de procedimentos invasivos ou assépticos.
- Após contato com fluidos corporais ou secreções.
- Após contato com superfícies próximas ao paciente.
- Antes de preparar ou administrar medicamentos.
- Após o uso de luvas.
- Após tocar objetos ou superfícies potencialmente contaminadas.

5. TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

5.1 Com água e sabonete

1. Molhar as mãos com água corrente.
2. Aplicar sabonete líquido.
3. Friccionar as mãos por 40 a 60 segundos, incluindo palmas, dorsos, entre os dedos e unhas.
4. Enxaguar completamente.
5. Secar com papel toalha descartável.
6. Fechar a torneira com papel toalha para evitar contaminação.

5.2 Com álcool em gel 70%

1. Aplicar quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.
2. Friccionar palmas, dorsos, dedos e unhas até secar (20 a 30 segundos).

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Usar água e sabonete quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Evitar uso de adornos (anéis, pulseiras, relógios) durante o atendimento;
- Manter unhas curtas e limpas;
- Realizar a higienização sempre que indicado para segurança do paciente.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Toda equipe da UBS	Realizar a higienização correta das mãos.
Coordenação da UBS	Garantir treinamentos em monitoramento.

8. MONITORAMENTO

- Supervisão regular da técnica;
- Capacitações periódicas;
- Auditorias e feedback para melhorias.### **1. Objetivo**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 8	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PROTOCOLO DE CONSULTA ESPONTÂNEA E CONSULTA AGENDADA NA UBS		

1. DEFINIÇÕES

- **Consulta Agendada:** Atendimento previamente marcado via sistema de agendamento, presencial ou digital, respeitando o cronograma da equipe.
- **Consulta Espontânea:** Atendimento sem agendamento prévio, por demanda livre do usuário (geralmente por intercorrência, urgência leve ou ausência de acompanhamento regular).

2. FLUXO GERAL DE ATENDIMENTO

A. ACOLHIMENTO NA RECEPÇÃO

- Confirmação do cartão SUS e dados cadastrais.
- Verificação de vínculo com ESF (Equipe de Saúde da Família).
- Identificação se é consulta **agendada** ou **espontânea**.

3. CONSULTA AGENDADA – PASSO A PASSO

Objetivo: Garantir o cuidado longitudinal e planejado (ex: gestantes, hipertensos, diabéticos, puericultura, etc.).

Etapas:

3.1 Chegada do paciente com pelo menos 15 minutos de antecedência.

3.2 Triagem de enfermagem (se prevista no protocolo local): verificação de sinais vitais e queixa principal.

3.3 Atendimento médico conforme agenda programada:

3.4 Avaliação da queixa e/ou rotina (controle).

3.5 Atualização do prontuário.

3.6 Prescrição e exames, se necessário.

3.7 Agendamento de retorno ou acompanhamento pelo ACS.

3.8 Registro no prontuário e nos sistemas oficiais (PEC, e-SUS, etc.).

4. CONSULTA ESPONTÂNEA – PASSO A PASSO

Objetivo: Atender situações novas, intercorrências ou casos de urgência leve.

Etapas:

4.1 Acolhimento inicial pela recepção:

- Registro da demanda e motivo da procura.

4.2 Triagem com equipe de enfermagem:

4.3 Aplicação de protocolo de classificação de risco (ex: dor, febre, feridas, vômitos, etc.).

4.4 Encaminhamento ao médico conforme prioridade.

4.5 Atendimento médico conforme disponibilidade:

4.6 Caso a demanda seja complexa ou o tempo médico esteja esgotado, orientação e reagendamento.

4.7 Se urgência: atendimento prioritário ou encaminhamento para UPA.

4.8 Registro no prontuário e demais documentos.

5. CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA CONSULTA ESPONTÂNEA

A depender da avaliação da enfermagem, o atendimento pode ser priorizado se houver:

- Dor intensa.
- Febre alta persistente.
- Quadro respiratório agudo.
- Vômitos ou diarreia intensos.
- Gestante com queixas.
- Criança < 5 anos com sinais de alerta.
- Idoso com piora aguda de condição crônica.

6. AGENDAMENTO DE RETORNO

- Realizado no ato da consulta, conforme a necessidade clínica.

- Pode ser via recepção, sistema informatizado ou pelos ACS.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Recepção	Cadastro, triagem inicial, agendamento.
Enfermagem	Acolhimento, triagem, sinais vitais e orientações.
Médico	Avaliação, diagnóstico, prescrição, solicitação de exames se necessário.
ACS	Acompanhamento domiciliar e apoio no agendamento.

8. DOCUMENTOS UTILIZADOS

- Prontuário eletrônico (PEC, e-SUS).
- Ficha de atendimento individual.
- Receituário SUS.
- Pedido de exames.
- Atestado/declaração.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 9	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PROTOCOLO DE CONSULTA ESPONTÂNEA E CONSULTA AGENDADA NA UBS		

1. OBJETIVO:

Garantir que o agendamento de consultas médicas, de enfermagem e outros atendimentos ocorra de forma organizada, priorizando casos urgentes e respeitando a ordem de chegada.

2. PÚBLICO-ALVO:

Recepcionistas, auxiliares administrativos e equipe de apoio da UBS.

3. RECEPÇÃO DO USUÁRIO

- Cumprimentar o usuário e verificar documento de identificação e Cartão SUS.
- Confirmar dados cadastrais no sistema (endereço, telefone, etc.).
- Caso não esteja cadastrado, realizar o cadastro antes de prosseguir.

4. IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE

- Perguntar o motivo da consulta (sem diagnóstico, apenas para direcionamento).
- Verificar se o caso é **urgência** (encaminhar imediatamente à equipe de enfermagem).
- Definir o tipo de atendimento: médico generalista, especialidade, enfermagem, odontologia, etc.

5. VERIFICAÇÃO DE AGENDA

- Consultar no sistema (e-SUS/PEC ou outro) a disponibilidade de horários.
- Informar ao usuário as opções de data e horário.
- Agendar conforme escolha, respeitando ordem e prioridades previstas em protocolo.

6. REGISTRO

- Registrar no sistema e/ou agenda física (quando aplicável).
- Entregar comprovante de agendamento ao usuário.
- Orientar sobre a necessidade de chegar com antecedência e levar documentos.

7. SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Idosos, gestantes, crianças pequenas e pessoas com deficiência:** seguir fluxos prioritários.
- **Faltas recorrentes:** registrar no prontuário e, se necessário, acionar equipe para busca ativa.

8. ENCERRAMENTO

- Agradecer a presença.
- Reforçar data e horário da consulta.
- Orientar sobre como remarcar ou cancelar, caso não possa comparecer.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 10	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TRIAGEM DE ENFERMAGEM NA UBS		

1. OBJETIVO:

Padronizar o atendimento de triagem realizado pela equipe de enfermagem, garantindo acolhimento qualificado, avaliação de risco e priorização dos atendimentos conforme a gravidade.

2. RESPONSÁVEL:

Técnico(a) ou enfermeiro(a) devidamente habilitado(a).

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Termômetro digital.
- Esfigmomanômetro e estetoscópio.
- Oxímetro de pulso.
- Glicosímetro (se necessário).
- Ficha de atendimento / Sistema eletrônico.
- Luvas de procedimento.
- Máscara cirúrgica (se aplicável).

4. PROCEDIMENTOS:

4.1 Acolhimento do usuário com escuta qualificada.

4.2 Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento, cartão SUS.

4.3 Coleta de sinais vitais:

- Pressão arterial.
- Frequência cardíaca.

- Frequência respiratória.
- Temperatura.
- Saturação de O2.
- Glicemia capilar (se necessário).

5.AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL:

- 5.1 Queixa principal.
- 5.2 Tempo de evolução.
- 5.3 Sinais e sintomas associados.
- 5.4 História pregressa (comorbidades, uso de medicamentos).

6.CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Utilizar protocolo institucional (Ex: protocolo de Manchester ou protocolo de classificação de risco local).

7.ENCAMINHAMENTO:

- 7.1 Prioridade para atendimento médico conforme gravidade.
- 7.2 Orientações gerais (aguardar, retorno programado, encaminhamentos externos, etc.).
- 7.3 Registro completo em prontuário/sistema.

8. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Registrar tudo de forma clara, objetiva e sem rasuras.
- Garantir o sigilo das informações.
- Casos de urgência/emergência devem ser imediatamente comunicados ao médico e equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 11	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE SAÚDE		

1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome do paciente.
- Data de nascimento / idade.
- Sexo.
- Data e hora do atendimento.
- Profissional responsável.

2. RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO

- Cumprimentar o paciente, garantindo **acolhimento humanizado**.
- Verificar **queixa principal** (escuta ativa, linguagem clara).
- Identificar sinais de **urgência ou risco iminente** (ex.: falta de ar, dor intensa, sangramento).
- Aplicar **classificação de risco** (quando aplicável, conforme protocolo institucional – ex.: Manchester, Acolhimento com Classificação de Risco do SUS).

3. ANAMNESE DE ENFERMAGEM

- **Histórico de saúde:** doenças pré-existentes, alergias, uso de medicamentos.
- **História da queixa atual:** início, duração, intensidade, fatores associados.
- **Histórico familiar e social:** hábitos, moradia, ocupação.
- **Antecedentes obstétricos e ginecológicos** (para mulheres em idade fértil).
- **Vacinação:** checar cartão de vacinas.

4. EXAME FÍSICO

Seguir o **exame físico sistematizado** (da cabeça aos pés), incluindo:

- Sinais vitais: PA, FC, FR, temperatura, saturação.
- Avaliação geral: nível de consciência, coloração da pele, hidratação, nutrição.
- Exame específico conforme queixa principal.
- Registrar achados relevantes.

5. DIAGNÓSTICOS E PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Formular **diagnósticos de enfermagem** conforme NANDA-I (quando possível).
- Definir **metas de cuidado**.
- Planejar intervenções imediatas e de curto prazo.

6. INTERVENÇÕES

- Medidas de urgência/emergência, quando necessário.
- Administração de medicamentos prescritos ou conforme protocolos.
- Curativos, nebulizações, teste rápido, coleta de material, orientações.
- Encaminhamentos para médico, outros profissionais ou serviços de referência.

7. Orientações ao Paciente e Família

- Explicar conduta realizada.
- Orientar sobre sinais de alerta.
- Informar sobre retorno, acompanhamento ou tratamento.
- Fornecer material educativo (quando disponível).

8. REGISTRO

- Anotar todas as ações no **prontuário** de forma clara, objetiva e legível.
- Incluir:
 - Data e hora
 - Queixa

- Achados
- Condutas
- Assinatura e carimbo com registro profissional

9. ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO

- Garantir que o paciente compreendeu as orientações.
- Confirmar encaminhamentos e agendamentos, se aplicável.
- Despedir-se de forma cordial.

10. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- Política Nacional de Humanização (PNH – MS)
- Resolução COFEN nº 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE)
- Protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde
- Manual de Acolhimento com Classificação de Risco

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 12	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MÉDICO NA UBS		

1. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (SE HOUVER)

- Recepção pelo profissional da enfermagem ou recepcionista.
- Registro ou atualização do prontuário.
- Coleta de sinais vitais (PA, FC, FR, temperatura, glicemia, peso, altura).
- Avaliação de risco, se necessário (ex. Protocolo de Manchester).
- Encaminhamento ao médico conforme prioridade ou ordem de chegada.

2. ANAMNESE MÉDICA

- Identificação e queixa principal.
- História da doença atual.
- Antecedentes pessoais e familiares.
- Uso de medicamentos e alergias.
- Condições de saúde anteriores e hábitos de vida.

3. EXAME FÍSICO

- Avaliação clínica direcionada à queixa.
- Exame geral e/ou por sistemas (cardiovascular, respiratório, etc.).
- Hipóteses diagnósticas.

4. DIAGNÓSTICO E CONDUTA

- Diagnóstico clínico, presuntivo ou definitivo.
- Solicitação de exames laboratoriais ou de imagem (conforme protocolos da APS).

- Prescrição de medicamentos (preferência por medicamentos da lista da Farmácia Básica).
- Encaminhamentos se necessário (especialistas, NASF, CAPS, etc.).
- Atestado médico ou declaração, quando indicado.

5. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

- Explicação clara sobre diagnóstico e tratamento.
- Orientações sobre sinais de alerta e quando retornar.
- Agendamento de retorno, se necessário.
- Entrega de receitas, pedidos de exame e encaminhamentos.

6. REGISTRO NO PRONTUÁRIO

- Anotações detalhadas sobre atendimento, conduta e orientações.
- Prescrição digital ou manual.
- Evolução clínica em atendimentos subsequentes.

7. ACOMPANHAMENTO/RETORNO

- Marcação de retorno programado (ex. hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura, etc.).
- Inserção no sistema de monitoramento da equipe da ESF, se for o caso.

8. DOCUMENTOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO

- Ficha de atendimento individual.
- Prontuário eletrônico (PEC/SISAB).
- Receituário SUS.
- Pedido de exames.
- Formulários de encaminhamento.
- Atestado/declaração.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 13	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de verificação da temperatura axilar, garantindo precisão, segurança e conforto ao usuário.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela triagem e monitoramento clínico dos usuários.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Termômetro digital ou clínico axilar.
- Álcool 70% para higienização.
- Algodão ou gaze.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Preparar o termômetro, certificando-se de que está limpo e funcionando;
- Higienizar o termômetro com álcool 70% e deixar secar.

4.2 Medição da temperatura

- Solicitar ao usuário que retire ou afaste a roupa do braço.
- Posicionar o termômetro na axila, garantindo contato direto com a pele.
- Manter o braço do paciente firmemente junto ao corpo para evitar entrada de ar.
- Aguardar o tempo necessário para a medição (ver indicação do termômetro).
- Remover o termômetro e registrar a temperatura imediatamente.

4.3 Após o procedimento

- Higienizar o termômetro com álcool 70%.
- Higienizar as mãos.
- Registrar os dados no prontuário ou ficha clínica.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Temperatura normal: geralmente entre 35,5°C e 37,5°C.
- Febre: temperatura igual ou superior a 37,8°C (pode variar conforme protocolo local).
- Temperatura inferior a 35°C indica hipotermia e requer avaliação.

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Nunca compartilhe o termômetro sem higienização adequada.
- Utilize termômetros em bom estado e calibrados.
- Respeite a privacidade e conforto do usuário durante o procedimento.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica do procedimento;
- Atualização dos protocolos conforme normas vigentes;
- Manutenção dos equipamentos.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 14	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de verificação da frequência cardíaca, garantindo precisão, segurança e conforto ao usuário.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pelo atendimento e monitoramento clínico dos usuários.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro.
- Ficha clínica ou prontuário para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Higienizar as mãos antes do procedimento.
- Garantir ambiente calmo para melhor avaliação.
- Informar o usuário sobre o procedimento para maior colaboração.

4.2 Medição da frequência cardíaca

- Posicionar o usuário sentado ou deitado, em repouso.
- Localizar o pulso radial, na face interna do punho, próximo ao polegar.
- Com a ponta dos dedos indicador e médio, pressionar suavemente até sentir o pulso.
- Contar os batimentos por 60 segundos completos (ou 30 segundos multiplicados por 2 para maior rapidez, se não houver arritmias).
- Registrar o valor encontrado no prontuário.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Frequência cardíaca normal:
 - Adultos: 60 a 100 batimentos por minuto (bpm).
 - Crianças e idosos podem variar conforme faixa etária.
- Frequência abaixo de 60 bpm: bradicardia (avaliar clínica).
- Frequência acima de 100 bpm: taquicardia (avaliar causas).

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Não usar o polegar para a palpação, pois possui pulso próprio.
- Em casos de ritmo irregular, realizar contagem por 60 segundos.
- Registrar alterações e comunicar equipe médica, se necessário.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Avaliações periódicas da técnica.
- Atualização de protocolos conforme normativas vigentes.
- Feedbacks e treinamentos contínuos.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 15	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de medição da frequência respiratória para garantir precisão, segurança e conforto ao usuário durante a avaliação.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS envolvidos na triagem e monitoramento clínico dos usuários.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro.
- Ficha clínica ou prontuário para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Higienizar as mãos antes do procedimento.
- Informar o usuário sobre o procedimento para colaboração.
- Garantir ambiente calmo para observação adequada.

4.2 Medição da frequência respiratória

- Posicionar o usuário em repouso, sentado ou deitado.
- Observar discretamente o movimento do tórax ou abdômen.
- Contar o número de movimentos respiratórios (inspiração + expiração) durante 60 segundos.
- Registrar o valor obtido no prontuário.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Frequência respiratória normal:
 - Adultos: 12 a 20 movimentos por minuto.
 - Crianças e idosos podem apresentar variações conforme idade.
- Valores abaixo ou acima do normal indicam necessidade de avaliação clínica.

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Evitar informar o usuário sobre a contagem para não alterar a respiração.
- Observar ritmo, profundidade e esforço respiratório.
- Registrar alterações e comunicar equipe médica se necessário.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica;
- Atualização dos protocolos conforme normas vigentes;
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 16	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	VERIFICAÇÃO DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de medição da saturação de oxigênio (SpO2) em usuários, garantindo resultados confiáveis e segurança no atendimento.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pelo monitoramento clínico dos usuários.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Oxímetro de pulso calibrado e em bom estado.
- Álcool 70% para higienização (se necessário).
- Ficha clínica ou prontuário para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Higienizar as mãos antes do procedimento.
- Verificar o funcionamento do oxímetro.
- Explicar o procedimento ao usuário para maior colaboração.

4.2 Medição da saturação

- Colocar o oxímetro no dedo indicador, médio ou anelar da mão.
- Manter o usuário em repouso durante a medição.
- Aguardar a estabilização da leitura no visor.
- Registrar o valor da saturação e frequência cardíaca, se disponível.

4.3 Após a medição

- Remover o oxímetro com cuidado.
- Higienizar o equipamento se necessário.
- Registrar os dados no prontuário.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Saturação normal: geralmente 95% a 100%.
- Valores abaixo de 90% indicam hipóxia e requerem avaliação imediata.
- Considerar sinais clínicos associados ao interpretar os resultados.

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Evitar medir em dedos com esmalte ou sujos.
- Garantir que o dedo esteja limpo e seco.
- Evitar movimento excessivo do usuário durante a medição.
- Verificar se há circulação adequada no local da medição.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Controle periódico do funcionamento dos oxímetros;
- Supervisão da técnica pela coordenação;
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 17	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de medição da pressão arterial, garantindo precisão, conforto e segurança ao usuário.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela medição da pressão arterial durante o atendimento clínico.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Aparelho de pressão arterial (esfigmomanômetro aneroide ou digital) calibrado.
- Estetoscópio (quando usar esfigmomanômetro manual).
- Algodão e álcool 70% para higienização.
- Ficha clínica ou prontuário para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Higienizar as mãos antes do procedimento.
- Garantir que o paciente esteja em repouso, sentado confortavelmente, com o braço apoiado ao nível do coração.
- Evitar que o paciente tenha fumado, ingerido cafeína ou praticado exercícios físicos nos últimos 30 minutos.

4.2 Medição da pressão arterial

- Colocar o manguito no braço desnudo, aproximadamente 2 cm acima da fossa cubital.
- Certificar-se de que o manguito esteja ajustado corretamente (não muito apertado nem folgado).
- No método manual, posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial.

- Inflar o manguito até cerca de 30 mmHg acima da pressão esperada.
- Desinflar lentamente, observando os valores da pressão sistólica e diastólica.
- No método digital, seguir as instruções do aparelho.
- Registrar os valores obtidos.

4.3 Após a medição

- Higienizar os equipamentos utilizados.
- Registrar os dados no prontuário do paciente.
- Orientar o paciente sobre os resultados, se for o caso.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Pressão arterial normal: geralmente abaixo de 120/80 mmHg.
- Pré-hipertensão: 120-139/80-89 mmHg.
- Hipertensão: igual ou acima de 140/90 mmHg (confirmar com avaliação médica).

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Realizar a medição em ambos os braços na primeira consulta para comparar valores.
- Não medir pressão sobre cateter, ferida ou membro com linfedema.
- Garantir ambiente tranquilo e confortável para o usuário.
- Utilizar manguitos adequados ao tamanho do braço.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Verificação periódica da calibração dos aparelhos.
- Supervisão do procedimento;
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 18	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TESTE DE GLICEMIA CAPILAR		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a realização do teste de glicemia capilar, garantindo segurança, precisão e conforto ao usuário.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta e realização do teste de glicemia capilar.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Aparelho medidor de glicemia (glicosímetro) calibrado.
- Tiras reagentes compatíveis.
- Lancetas descartáveis.
- Álcool 70%.
- Algodão ou gaze.
- Luvas descartáveis.
- Ficha clínica ou prontuário para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Explicar o procedimento ao usuário para tranquilizá-lo.
- Higienizar as mãos e utilizar luvas descartáveis.
- Preparar o equipamento, conferindo validade das tiras e calibração do glicosímetro.

4.2 Coleta da amostra

- Higienizar o dedo do usuário com álcool 70% e aguardar secagem.

- Utilizar lanceta descartável para realizar a punção na lateral da ponta do dedo.
- Descartar a primeira gota de sangue, se orientado pelo fabricante.
- Aplicar a gota de sangue na tira reagente do glicosímetro.
- Aguardar o resultado aparecer no visor.

4.3 Após a coleta

- Realizar o descarte correto das lancetas e materiais perfurocortantes.
- Higienizar a área da punção com algodão ou gaze, se necessário
- Remover as luvas e higienizar as mãos.
- Registrar o resultado no prontuário.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Valores normais em jejum: geralmente entre 70 a 99 mg/dL.
- Valores alterados devem ser avaliados conforme protocolo clínico da UBS.
- Comunicar resultados fora dos parâmetros para equipe médica.

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir higiene e segurança durante o procedimento.
- Usar lancetas e tiras reagentes dentro do prazo de validade.
- Evitar contaminação cruzada.
- Orientar o usuário sobre cuidados após a punção.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica;
- Controle da qualidade dos equipamentos e insumos;
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 19	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MENSURAÇÃO DE PESO NA UBS		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a mensuração do peso dos usuários, garantindo precisão, segurança e conforto durante a avaliação.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta de dados antropométricos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Balança calibrada (preferencialmente digital).
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Verificar o funcionamento e calibração da balança.
- Explicar o procedimento ao usuário.
- Solicitar que o usuário retire calçados, casacos e objetos pesados.

4.2 Mensuração do peso

- Posicionar a balança em superfície plana e firme.
- Pedir para o usuário subir na balança, permanecendo em pé, imóvel e centralizado.
- Aguardar a leitura estabilizar.
- Registrar o valor no prontuário.

4.3 Após a mensuração

- Auxiliar o usuário a descer da balança.

- Manter a balança limpa e em bom estado para próximos usos.

5. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir que a balança esteja calibrada regularmente.
- Manter ambiente seguro para evitar quedas.
- Respeitar a privacidade e conforto do usuário.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Verificar periodicamente a calibração da balança.
- Supervisão da técnica realizada.
- Capacitação da equipe conforme necessidade.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 20	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MENSURAÇÃO DE ALTURA		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a mensuração da altura dos usuários, garantindo precisão, segurança e conforto durante a avaliação.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta de dados antropométricos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estadiômetro ou fita métrica fixa na parede.
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Verificar o funcionamento e fixação adequada do estadiômetro ou fita métrica.
- Explicar o procedimento ao usuário.
- Solicitar que o usuário retire calçados, chapéus, bonés e quaisquer acessórios que possam interferir na medição.

4.2 Mensuração da altura

- Posicionar o usuário de costas para o estadiômetro, com os calcanhares juntos, pés paralelos, pernas estendidas e braços ao lado do corpo.
- O usuário deve manter a cabeça alinhada ao plano horizontal (posição de Frankfurt).
- Baixar o cursor do estadiômetro até tocar firmemente o topo da cabeça do usuário.
- Registrar a medida em centímetros, arredondando para a casa decimal mais próxima.

4.3 Após a mensuração

- Registrar a altura no prontuário.
- Garantir que o equipamento esteja pronto para o próximo uso.

5. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir que o usuário esteja em posição correta para evitar erros.
- Evitar que o usuário use calçados ou acessórios durante a medição.
- Manter o equipamento calibrado e fixo para medições precisas.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Verificar periodicamente o estado do estadiômetro ou fita métrica.
- Supervisão da técnica realizada.
- Capacitação da equipe conforme necessidade.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 21	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a mensuração da circunferência abdominal, contribuindo para a avaliação do risco para doenças crônicas não transmissíveis.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta de dados antropométricos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita métrica flexível e não extensível.
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Explicar o procedimento ao usuário.
- Solicitar que o usuário retire ou afaste roupas que possam dificultar a medição.
- Posicionar o usuário em pé, com os braços ao lado do corpo e os pés juntos.

4.2 Mensuração da circunferência abdominal

- Identificar a região da medição: na linha média do abdômen, na altura do umbigo ou entre a última costela e a crista ilíaca (segundo protocolo local).
- Envolver a fita métrica ao redor do abdômen, garantindo que esteja paralela ao chão e ajustada, porém sem comprimir a pele.
- Solicitar que o usuário expire normalmente antes da leitura.
- Registrar a medida em centímetros, arredondando para a casa decimal mais próxima.

4.3 Após a mensuração

- Registrar o valor no prontuário.
- Garantir que a fita métrica esteja limpa e pronta para uso futuro.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Valores de referência para risco aumentado (podem variar conforme protocolo local):
 - Homens: circunferência abdominal ≥ 94 cm.
 - Mulheres: circunferência abdominal ≥ 80 cm.
- Valores acima desses indicam maior risco para doenças cardiovasculares e metabólicas.

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir que a fita métrica esteja posicionada corretamente e não apertada demais.
- Realizar a medição com o usuário relaxado.
- Registrar a medida com precisão.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica;
- Atualização dos protocolos conforme necessidade;
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 22	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a mensuração da circunferência do quadril, contribuindo para a avaliação do perfil corporal e risco de doenças.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta de dados antropométricos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita métrica flexível e não extensível.
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Explicar o procedimento ao usuário.
- Solicitar que o usuário retire ou afaste roupas que possam dificultar a medição.
- Posicionar o usuário em pé, com os pés afastados na largura dos ombros e braços ao lado do corpo.

4.2 Mensuração da circunferência do quadril

- Localizar a região mais larga dos glúteos.
- Envolver a fita métrica ao redor do quadril, garantindo que esteja paralela ao chão e ajustada, porém sem comprimir a pele.
- Solicitar que o usuário permaneça em posição relaxada.
- Registrar a medida em centímetros, arredondando para a casa decimal mais próxima.

4.3 Após a mensuração

- Registrar o valor no prontuário.
- Garantir que a fita métrica esteja limpa e pronta para uso futuro.

5. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- Utilizada para cálculo da relação cintura/quadril, importante na avaliação do risco cardiovascular.
- Relação cintura/quadril acima dos valores recomendados indica maior risco (valores de referência variam conforme protocolo local).

6. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir posicionamento correto da fita métrica.
- Não apertar excessivamente a fita.
- Registrar a medida com precisão.

7. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica.
- Atualização dos protocolos conforme necessidade.
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 23	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento para a mensuração do perímetro torácico, contribuindo para o acompanhamento do estado clínico e nutricional dos usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela coleta de dados antropométricos.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita métrica flexível e não extensível.
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Explicar o procedimento ao usuário.
- Solicitar que o usuário retire ou afaste roupas que possam dificultar a medição.
- Posicionar o usuário em pé, com os braços relaxados ao lado do corpo.

4.2 Mensuração do perímetro torácico

- Localizar a região para a medição: geralmente na altura da região xifoide ou logo abaixo das axilas (conforme protocolo local).
- Envolver a fita métrica ao redor do tórax, garantindo que esteja paralela ao chão e ajustada, porém sem comprimir a pele.
- Solicitar que o usuário permaneça em posição relaxada, respirando normalmente.
- Registrar a medida em centímetros, arredondando para a casa decimal mais próxima.

4.3 Após a mensuração

- Registrar o valor no prontuário.
- Garantir que a fita métrica esteja limpa e pronta para uso futuro.

5. CUIDADOS IMPORTANTES

- Garantir posicionamento correto e confortável da fita métrica.
- Evitar que a fita fique muito apertada.
- Registrar a medida com precisão.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica.
- Atualização dos protocolos conforme necessidade.
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 24	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de mensuração do perímetro cefálico em crianças, contribuindo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais da UBS responsáveis pela avaliação antropométrica infantil.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita métrica flexível e não extensível.
- Prontuário ou ficha clínica para registro.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Preparação

- Explicar o procedimento aos responsáveis pela criança para garantir colaboração.
- Posicionar a criança sentada ou deitada, conforme melhor conforto e segurança.

4.2 Mensuração do perímetro cefálico

- Localizar o ponto mais proeminente da testa (região frontal) e a parte mais larga da parte posterior da cabeça (occipital).
- Envolver a fita métrica ao redor da cabeça da criança, passando por esses pontos.
- Ajustar a fita sem apertar, garantindo que fique justa e paralela ao solo.
- Registrar a medida em centímetros, arredondando para a casa decimal mais próxima.

4.3 Após a mensuração

- Registrar o valor no prontuário.

- Garantir que a fita métrica esteja limpa e pronta para uso futuro.

5. CUIDADOS IMPORTANTES

- Manter a criança calma para obter medida precisa.
- Evitar pressionar demais a fita métrica.
- Registrar corretamente a medida e a idade da criança para comparação com curvas de crescimento.

6. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Realizar a medição e registrar dados.
Coordenação da UBS	Garantir treinamento e controle e equipamentos.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Supervisão periódica da técnica.
- Atualização dos protocolos conforme necessidade.
- Capacitação contínua da equipe.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 25	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C		

1. OBJETIVO

Padronizar a execução dos testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C na UBS, garantindo qualidade, segurança, sigilo e aconselhamento adequado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de saúde capacitados e treinados para realizar testes rápidos, conforme protocolos do Ministério da Saúde.

3. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermeiro	Supervisionar o procedimento, realizar aconselhamento pré e pós-teste, interpretar resultados e adotar condutas conforme protocolo.
Enfermagem	Coletar amostra, realizar teste, registrar resultados e manter a cadeia de custódia dos kits.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Testes rápidos para HIV, Sífilis, HBsAg (Hepatite B) e anti-HCV (Hepatite C) dentro do prazo de validade.
- Lancetas estéreis descartáveis.
- Álcool 70%.
- Algodão ou gaze estéril.
- Pipetas/capilares (conforme kit).
- Solução tampão/diluyente do kit.

- Cronômetro ou relógio com marcação de minutos.
- Luvas de procedimento.
- Recipiente para descarte de perfurocortantes.
- Formulários de registro e termo de consentimento (quando aplicável).
- Equipamentos de proteção individual (EPI).

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a validade e integridade dos kits.
- Organizar o ambiente limpo, arejado e com boa iluminação.
- Explicar ao usuário o procedimento e obter consentimento.
- Realizar aconselhamento pré-teste (informar sobre finalidade, janela imunológica, confidencialidade e possíveis condutas).
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Coleta de Amostra

- Escolher o dedo anelar ou médio para punção.
- Higienizar com algodão embebido em álcool 70% e aguardar secagem.
- Realizar punção com lanceta descartável.
- Desprezar a primeira gota de sangue.
- Coletar a quantidade indicada pelo fabricante do teste com pipeta/capilar.

5.3. Execução do Teste

- Depositar o sangue no local indicado do dispositivo teste.
- Adicionar o diluente conforme instrução do kit.
- Acionar cronômetro e aguardar o tempo especificado (geralmente 10 a 20 minutos).
- Ler o resultado no tempo exato indicado, interpretando conforme legenda do kit (linha controle e linha teste).

5.4. Interpretação e Registro

- Resultado Reagente: confirmar com novo teste rápido de metodologia diferente (teste confirmatório) conforme protocolo.
- Resultado Não Reagente: orientar sobre prevenção e, se necessário, repetição em caso de risco recente (janela imunológica).
- Registrar resultado no formulário e/ou prontuário, garantindo sigilo.

5.5. Pós-teste

- Informar o resultado ao usuário em ambiente privativo.
- Realizar aconselhamento pós-teste (condutas preventivas, encaminhamentos).
- Descartar perfurocortantes e resíduos em recipientes adequados.
- Higienizar as mãos.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Manter kits em temperatura e condições de armazenamento indicadas pelo fabricante.
- Nunca reutilizar lancetas, pipetas ou dispositivos.
- Realizar controle de qualidade conforme orientações do Ministério da Saúde.
- Garantir sigilo e privacidade durante todo o processo.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para a Realização de Testes Rápidos.

ANVISA. Manual de Boas Práticas para Serviços de Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 26	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE RT-PCR		

1.OBJETIVO

Padronizar o procedimento de coleta de amostra nasofaríngea para detecção de SARS-CoV-2 ou outros patógenos respiratórios por RT-PCR, garantindo segurança do profissional e qualidade da amostra.

2. INDICAÇÃO

- Pacientes sintomáticos respiratórios conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Rastreamento em contatos ou surtos conforme solicitação médica ou normativa.

3.RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Profissional de enfermagem treinado e capacitado para o procedimento.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Swab estéril com haste flexível e ponta de rayon/nylon (próprio para RT-PCR).
- Tubo com meio de transporte viral (MTV) ou solução salina estéril (conforme protocolo).
- Etiqueta de identificação da amostra.
- EPIs: avental descartável, máscara N95/PFF2, protetor facial ou óculos, gorro, luvas de procedimento.
- Sacos plásticos para transporte de amostras (tríplice embalagem).
- Formulário de requisição de exame.
- Caixa de descarte para perfurocortantes e resíduos infectantes.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Vestir EPIs na ordem: avental → máscara N95/PFF2 → óculos/protetor facial → gorro → luvas.
- Conferir dados do paciente e explicar o procedimento.
- Posicionar o paciente sentado, com a cabeça levemente inclinada para trás ($\sim 70^\circ$).

5.2 Coleta

- Retirar o swab da embalagem sem tocar na ponta.
- Introduzir o swab suavemente pela narina até atingir a nasofaringe (aproximadamente a distância da ponta do nariz até o lóbulo da orelha).
- Realizar movimento rotatório suave (3 a 5 vezes) e manter por alguns segundos para absorção da secreção.
- Retirar lentamente o swab.
- Inserir a haste no tubo com o meio de transporte, quebrando o excesso de haste para fechar corretamente.
- Fechar o tubo de forma hermética.

5.3 Pós-Coleta

- Identificar imediatamente o tubo com nome completo do paciente, data e hora da coleta.
- Acondicionar o tubo na embalagem secundária e depois na embalagem terciária (tríplice embalagem) para transporte.
- Preencher a requisição e anexar conforme protocolo.
- Descartar o material utilizado nos recipientes adequados.
- Retirar EPIs na ordem correta, higienizando as mãos após a remoção.

6. ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE

- Manter a amostra refrigerada (2–8 °C) e enviar ao laboratório preferencialmente em até 24 horas.
- Se houver demora superior a 72 horas, seguir recomendações do laboratório para congelamento.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- O procedimento pode provocar tosse, espirro ou lacrimejamento; manter distanciamento e proteção ocular.
- Nunca reutilizar swab ou recipiente.
- Garantir o preenchimento correto da identificação para evitar trocas de amostras.

8. REGISTROS

- Data, hora, nome do coletor, identificação do paciente, número da requisição e observações relevantes (ex.: dificuldade técnica, presença de sangue).

9. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica.

ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 04/2020.

OMS. Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 27	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	COLETA DE SWAB NASOFARÍNGEO PARA TESTE DE ANTÍGENO (TESTE RÁPIDO)		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de coleta e realização de teste rápido de antígeno para detecção de SARS-CoV-2, garantindo segurança do profissional e confiabilidade do resultado.

2. INDICAÇÃO

- Pacientes sintomáticos respiratórios, preferencialmente até o 7º dia de início dos sintomas, conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Situações de triagem rápida em casos suspeitos ou surtos.

3. RESPONSABILIDADES E CARGOS

CARGO	RESPONSABILIDADES
Enfermagem	Profissional de enfermagem treinado e capacitado para o procedimento.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Kit de teste rápido de antígeno (conforme fabricante).
- Swab estéril próprio para coleta nasofaríngea (fornecido no kit).
- Tubo ou frasco com solução/tampão de extração (do kit).
- Dispositivo/cassete de teste (do kit).
- EPIs: avental descartável, máscara N95/PFF2, protetor facial ou óculos, gorro, luvas de procedimento.
- Relógio ou cronômetro para contagem do tempo de reação.
- Saco para descarte de resíduos infectantes.

- Formulário de registro de resultado.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Vestir EPIs na ordem: avental → máscara N95/PFF2 → óculos/protetor facial → gorro → luvas.
- Conferir dados do paciente e explicar o procedimento.
- Posicionar o paciente sentado, com a cabeça levemente inclinada para trás ($\sim 70^\circ$).
- Abrir o kit de teste rápido somente no momento da coleta para evitar contaminação.

5.2 Coleta

- Retirar o swab da embalagem sem tocar na ponta.
- Introduzir o swab suavemente pela narina até atingir a nasofaringe (distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha).
- Realizar movimentos rotatórios suaves (3 a 5 vezes) e manter por alguns segundos para absorção de secreção.
- Retirar lentamente o swab.

5.3 Processamento da Amostra

- (Seguir estritamente o protocolo do fabricante do kit, pois pode haver variações)
- Inserir imediatamente o swab no tubo com a solução/tampão de extração.
- Girar o swab dentro do tubo por cerca de 10 a 15 segundos, pressionando a parede interna para liberar o material.
- Quebrar ou descartar a haste conforme orientação do kit e fechar o tubo com o bico dosador.
- Aplicar a quantidade de gotas indicada (geralmente 3 a 4) no poço de amostra do cassete de teste.
- Iniciar a contagem do tempo (geralmente 15 a 20 minutos, de acordo com o kit).

5.5 Leitura do Resultado

- Ler o resultado somente no intervalo de tempo indicado pelo fabricante.
- Interpretar conforme legenda do kit (geralmente: linha de controle “C” + linha de teste “T” = positivo; apenas linha “C” = negativo; ausência de linha “C” = inválido).

6. PÓS-TESTE

- Informar o paciente sobre o resultado e orientações conforme protocolo de manejo clínico.
- Registrar no sistema ou ficha de notificação obrigatória (e-SUS Notifica ou outro definido pela gestão).
- Descartar todo o material usado como resíduo infectante.
- Retirar EPIs na ordem correta, higienizando as mãos após a remoção.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- Evitar tocar na ponta do swab ou nas áreas reativas do cassete.
- Realizar todo o procedimento em local bem ventilado ou sala destinada para coleta de casos respiratórios.
- Sempre seguir a bula do fabricante do teste para garantir validade e precisão do resultado.

8. REGISTROS

- Nome completo do paciente, data e hora da coleta, nome do coletor, resultado do teste e observações (ex.: falha técnica, repetição).

9. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Nota Técnica nº 97/2021.

ANVISA – Recomendações para uso de testes rápidos de antígeno.

Bula e instruções do fabricante do teste utilizado.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 28	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TÉCNICA DE PASSAGEM DE Sonda NASOENTERAL		

1. OBJETIVO

Estabelecer a padronização da técnica de sondagem nasoenteral para garantir a administração adequada de dieta ou medicamentos, preservando a segurança do paciente e prevenindo complicações.

2. INDICAÇÃO

- Administração de dieta enteral em pacientes com impossibilidade de alimentação oral.
- Administração de medicamentos líquidos ou diluídos por via enteral.
- Descompressão gástrica ou intestinal, conforme prescrição médica.

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro treinado para prescrever e executar o procedimento.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda nasoenteral (SNE) do calibre e comprimento prescritos, com guia ou sem, conforme indicação.
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Copo com água filtrada ou estéril (se permitido pelo paciente).
- Seringa de 20 ou 60 mL (cateter tip).
- Fita adesiva hipoalergênica ou dispositivo de fixação.
- Estetoscópio (para método auxiliar de checagem).
- Recipiente para descarte adequado.
- EPIs: máscara cirúrgica ou N95/PFF2, avental, óculos/protetor facial, luvas de procedimento.

- Equipamento para confirmação radiológica, quando disponível.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos e colocar EPIs.
- Verificar prescrição médica e dados do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Posicionar o paciente em posição sentada ou semi-Fowler (cabeceira elevada 45°).
- Avaliar a permeabilidade nasal e escolher a narina mais adequada.

5.2 Medição e Preparação da Sonda

- Medir a distância da **ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide e marcar na sonda.
- Lubrificar a extremidade distal da sonda com lubrificante hidrossolúvel.

5.3 Introdução da Sonda

- Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida, direcionando para baixo e para trás.
- Quando atingir a orofaringe, orientar o paciente a **engolir água** (se permitido) para facilitar a passagem.
- Avançar a sonda até a marca pré-estabelecida.
- Nunca forçar se houver resistência.

5.4 Verificação do Posicionamento

- Padrão-ouro: confirmação radiológica antes do uso.
- Métodos auxiliares:
 - Aspiração de conteúdo e verificação do pH (< 5 geralmente indica posição gástrica).
 - Injeção de ar (10–20 mL) com ausculta epigástrica (menos confiável, apenas complementar).

5.5 FIXAÇÃO

- Fixar a sonda na asa do nariz com fita hipoalergênica ou dispositivo próprio.
- Garantir que esteja livre de dobras e tração.

6. PÓS-PROCEDIMENTO

- Garantir que a extremidade esteja fechada até uso.
- Higienizar as mãos após retirada dos EPIs.
- Orientar paciente/cuidador sobre cuidados, sinais de complicação e higiene da sonda.
- Registrar todos os dados no prontuário.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- Suspende o procedimento em caso de tosse intensa, cianose, engasgo ou dificuldade respiratória.
- Nunca iniciar dieta ou medicação sem confirmação segura do posicionamento.
- Evitar uso prolongado da mesma sonda sem avaliação periódica.

8. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

- Data e hora do procedimento.
- Calibre, comprimento, marca e lote da sonda.
- Narina utilizada.
- Método de confirmação do posicionamento.
- Nome e registro do profissional executante.

9. REFERÊNCIAS

ANVISA – Manual de Boas Práticas para Terapia Nutricional Enteral.

Ministério da Saúde – Protocolos de Atenção Básica.

SOBEST – Diretrizes de Sondagem Enteral.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 29	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	FLUXO DE TROCA DE SONDA NASOENTERAL		

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo e a técnica de troca da sonda nasoenteral (SNE) em pacientes atendidos na UBS, garantindo a manutenção da terapia nutricional enteral com segurança e minimizando riscos.

2. INDICAÇÃO

Necessidade de substituição da SNE por obstrução, deterioração, deslocamento, término da vida útil recomendada ou troca programada conforme prescrição médica.

3. RESPONSÁVEIS

- Profissional médico para prescrição e indicação da troca.
- Profissional de enfermagem treinado para execução do procedimento.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda nasoenteral do calibre e comprimento prescritos (com guia, se indicado).
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Copo com água filtrada ou estéril (se permitido pelo paciente).
- Estetoscópio (se for utilizada ausculta como método auxiliar de verificação).
- Seringa de 20 ou 60 mL (cateter tip).
- Fita adesiva hipoalergênica ou dispositivo de fixação.
- EPIs: avental, máscara cirúrgica ou N95/PFF2, luvas de procedimento, óculos/protetor facial.
- Recipiente para descarte adequado da sonda usada.
- Registro de enfermagem.

5. FLUXO DO PROCEDIMENTO

5.1 Recepção e Avaliação

- Receber o paciente e verificar prescrição médica.
- Conferir dados de identificação.
- Avaliar condições clínicas para troca (nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas/vômitos, alterações respiratórias).
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.

5.2 Retirada da Sonda Antiga

- Higienizar as mãos e vestir EPIs.
- Desfixar cuidadosamente a fita ou dispositivo da sonda antiga.
- Retirar a sonda com movimentos suaves, orientando o paciente a respirar pela boca para facilitar.

5.3 Inserção da Nova Sonda

- Lubrificar a extremidade distal da sonda com lubrificante hidrossolúvel.
- Medir o comprimento adequado: ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide (anotar medida).
- Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida, orientando o paciente a engolir pequenos goles de água (se permitido).
- Avançar até a marca pré-definida.
- Confirmar posicionamento conforme protocolo vigente (radiografia é o método padrão-ouro; ausculta e aspiração gástrica podem ser usados como métodos auxiliares).
- Fixar a sonda com fita hipoalergênica ou dispositivo próprio.

5.4 Pós-Procedimento

- Garantir que a extremidade livre da sonda esteja fechada/tampada.
- Registrar data, calibre, marca e lote da sonda, via utilizada e método de checagem de posicionamento.
- Orientar paciente e cuidador sobre cuidados com a sonda, higienização e sinais de alerta.
- Encaminhar para avaliação médica se houver complicações ou dúvidas quanto ao posicionamento.

6. Precauções de Segurança

- Nunca forçar a passagem da sonda.
- Suspender imediatamente o procedimento em caso de tosse intensa, engasgo ou sinais de desconforto respiratório.
- Confirmar posicionamento antes de iniciar dieta ou medicação.
- Seguir as normas de controle de infecção e biossegurança.

7. REGISTROS

- Data e hora da troca.
- Motivo da substituição.
- Calibre, comprimento, marca e lote da sonda.
- Via utilizada (narina direita ou esquerda).
- Método de checagem de posicionamento.
- Nome e registro do profissional executante.

8. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde – Manual de Atendimento em Atenção Primária.

ANVISA – Manual de Boas Práticas para Terapia Nutricional Enteral.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral – Diretrizes de Sondas Enterais.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 30	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PASSAGEM DE SONDA NASOGÁSTRICA		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de inserção da sonda nasogástrica para garantir alimentação, administração de medicamentos ou drenagem gástrica de forma segura, minimizando riscos e complicações.

2. INDICAÇÃO

Administração de dieta enteral ou medicamentos.

* Lavagem gástrica, conforme prescrição médica.

* Drenagem de conteúdo gástrico em casos específicos (ex.: íleo paralítico, obstruções).

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro treinado para prescrever e executar a sondagem.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda nasogástrica do calibre e tipo prescritos (Levine, Salem, etc.).
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Copo com água filtrada ou estéril (se permitido pelo paciente).
- Seringa de 20 ou 60 mL (cateter tip).
- Fita adesiva hipoalergênica ou dispositivo de fixação.
- Estetoscópio (para método auxiliar de verificação).
- Recipiente para coleta ou drenagem (se indicado).
- EPIs: máscara cirúrgica ou N95/PFF2, avental, óculos/protetor facial, luvas de procedimento.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Vestir EPIs adequados.
- Conferir prescrição médica e dados do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Posicionar o paciente em ****posição sentada ou semi-Fowler**** (cabeceira elevada a 45°).
- Avaliar a permeabilidade nasal e escolher a narina mais adequada.

5.2 Medição e Preparação da Sonda

- Medir a distância da ****ponta do nariz → lóbulo da orelha → apêndice xifoide**** e marcar na sonda.
- Lubrificar a extremidade distal da sonda com lubrificante hidrossolúvel.

5.3 Introdução da Sonda**

- Introduzir suavemente a sonda pela narina escolhida, direcionando para baixo e para trás.
- Ao atingir a orofaringe, orientar o paciente a engolir pequenos goles de água (se permitido) para facilitar a progressão.
- Avançar a sonda até a marca pré-estabelecida.
- Nunca forçar a passagem.

5.4 Verificação do Posicionamento

- Padrão-ouro: confirmação radiológica antes do uso (especialmente em casos de dúvida).
- Métodos auxiliares (complementares, não substituem a radiografia em caso de incerteza):
 - Aspiração de conteúdo gástrico e verificação de pH (<5 geralmente indica conteúdo gástrico).
 - Injeção de 10–20 mL de ar com ausculta epigástrica (menos confiável).

5.5 Fixação

- Fixar a sonda na asa do nariz com fita hipoalergênica ou dispositivo apropriado.
- Garantir que não haja dobras ou tração excessiva.

7. PÓS-PROCEDIMENTO

- Garantir que a extremidade livre esteja conectada ou tampada conforme a finalidade.
- Higienizar as mãos após remoção dos EPIs.
- Orientar paciente/cuidador sobre cuidados, sinais de complicação e manutenção da permeabilidade da sonda.
- Registrar todos os dados no prontuário.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- Suspender imediatamente o procedimento em caso de tosse intensa, cianose, engasgo ou desconforto respiratório.
- Não iniciar dieta ou medicamento sem confirmação segura da posição.
- Avaliar periodicamente a necessidade de troca ou reposicionamento da sonda.

8. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

- Data e hora da sondagem.
- Tipo, calibre, marca e lote da sonda.
- Narina utilizada.
- Método de verificação de posicionamento.
- Nome e registro do profissional executante.

9. REFERÊNCIAS

ANVISA – Manual de Boas Práticas para Terapia Nutricional Enteral.

Ministério da Saúde – Protocolos de Atenção Básica.

SOBEST – Diretrizes sobre sondagem gástrica.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 31	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PASSAGEM DE SONDA VESICAL DE DEMORA		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de inserção, manutenção e registro do cateter vesical de demora (CVD), garantindo segurança ao paciente e prevenindo complicações, especialmente infecção do trato urinário associada a cateter (ITU-AC).

2. INDICAÇÃO

- Retenção urinária aguda ou crônica.
- Controle rigoroso de diurese em pacientes críticos.
- Necessidade de manutenção de drenagem vesical prolongada por prescrição médica.
- Cirurgias ou exames que exijam bexiga vazia contínua.

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro habilitado para execução do procedimento.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cateter vesical de demora (Foley) do calibre e tipo indicados.
- Seringa de 10 mL com água destilada estéril para insuflar o balonete.
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Campo estéril fenestrado.
- Pacote de sondagem estéril com gazes e pinça.
- Luvas de procedimento e luvas estéreis.

- Antisséptico (PVPI degermante ou clorexidina degermante para higienização; PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica para antisepsia).
- Sistema coletor fechado estéril.
- Fita ou fixador para cateter.
- Saco plástico para descarte de resíduos.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Organizar os materiais em bandeja ou mesa de procedimento.

5.2 Posicionar o paciente

- Homens: decúbito dorsal, pernas estendidas, abdome exposto.
- Mulheres: posição ginecológica, quadris e joelhos flexionados.
- Colocar luvas de procedimento e realizar higiene íntima com água e sabonete degermante.. Retirar luvas de procedimento, higienizar as mãos e calçar luvas estéreis.

5.3 Inserção do Cateter

- Colocar campo estéril fenestrado.
- Realizar antisepsia da genitália:
 - Homens: retrain prepúcio, limpar da glande para a base do pênis em movimentos circulares.
 - Mulheres: afastar grandes lábios e limpar da frente para trás, em movimentos únicos.
 - Lubrificar a ponta do cateter.
 - Introduzir o cateter lentamente:
 - Homens: segurar o pênis a 90° do corpo e introduzir até a bifurcação (aprox. 15–20 cm).
 - Mulheres: introduzir até a bifurcação (aprox. 7–10 cm).
 - Quando houver drenagem de urina, avançar mais alguns centímetros.

6. Insuflar o balonete com água destilada estéril no volume indicado pelo fabricante.

7. Tração suave para verificar ancoragem na bexiga.

8. Conectar o cateter ao sistema coletor fechado.

9. Fixação e Organização:

- Fixar o cateter:
 - Homens: face ventral da coxa ou abdome.
 - Mulheres: face interna da coxa.
 - Garantir que a bolsa coletora fique abaixo do nível da bexiga e sem contato com o chão.

6. PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar materiais conforme normas de biossegurança.
- Higienizar as mãos.
- Orientar o paciente/cuidador sobre cuidados com o cateter e sinais de complicações.
- Registrar no prontuário: data e hora, calibre, tipo e lote do cateter, volume insuflado no balonete, aspecto da urina, intercorrências e nome do profissional.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Nunca insuflar balonete com soro fisiológico (risco de cristalização).
- Manter sistema coletor fechado, sem desconexões desnecessárias.
- Higienizar meato urinário e trocar fixação diariamente ou se houver sujidade/umidade.
- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter.

8. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

- Indicação clínica.
- Tipo, calibre, marca e lote do cateter.
- Volume de insuflação do balonete.
- Data e hora da inserção.

- Nome e registro do profissional responsável.

9. REFERÊNCIAS

ANVISA – Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter.

Ministério da Saúde – Protocolos de Atenção Básica e Segurança do Paciente.

SOBEST – Diretrizes de Cateterismo Vesical.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 32	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PASSAGEM DE Sonda Vesical de Demora		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de cateterismo vesical de alívio para esvaziamento temporário da bexiga, garantindo segurança, conforto ao paciente e prevenção de infecções urinárias.

2. INDICAÇÃO

- Retenção urinária aguda.
- Coleta de urina para exames laboratoriais, quando não for possível obter amostra por micção espontânea.
- Avaliação de resíduo pós-miccional.
- Antes de procedimentos que exijam bexiga vazia.

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro habilitado para execução.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cateter uretral estéril de uso único (Nelaton ou similar) no calibre indicado.
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Campo estéril fenestrado.
- Pacote de sondagem estéril com gazes e pinça.
- Seringa de 20 ou 60 mL (para coleta de amostra, se necessário).
- Frasco estéril para coleta de urina (se indicado).
- Luvas de procedimento e luvas estéreis.

- Antisséptico (PVPI degermante ou clorexidina degermante + PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica).
- Saco para descarte de resíduos.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material em bandeja ou mesa de procedimento.
- Posicionar o paciente:
 - Homens: decúbito dorsal, pernas estendidas e abdome exposto.
 - Mulheres: posição ginecológica.
- Colocar luvas de procedimento e realizar higiene íntima com água e sabonete degermante.
- Retirar luvas de procedimento, higienizar as mãos e calçar luvas estéreis.

5.2 Inserção do Cateter

- Colocar campo estéril fenestrado sobre a região genital.
- Realizar antisepsia:
 - Homens: retrain prepúcio, limpar da glândula para a base do pênis em movimentos circulares.
 - Mulheres: afastar grandes lábios e limpar da frente para trás, em movimentos únicos.
- Lubrificar generosamente a ponta do cateter.
- Introduzir o cateter lentamente:
 - Homens: segurar o pênis a 90° e introduzir até sair urina (aprox. 15–20 cm).
 - Mulheres: introduzir até sair urina (aprox. 7–10 cm).
- Coletar urina em frasco estéril, se indicado.
- Permitir o esvaziamento completo da bexiga (ou conforme orientação médica).

5.3 Retirada

- Após o esvaziamento ou coleta, retirar o cateter suavemente.

- Desprezar o material utilizado conforme normas de biossegurança.

6. PÓS-PROCEDIMENTO

- Higienizar a genitália externa do paciente, se necessário.
- Higienizar as mãos.
- Orientar sobre possíveis desconfortos leves (ardor temporário).
- Registrar no prontuário: indicação, tipo e calibre do cateter, volume e aspecto da urina, intercorrências e nome do profissional executante.

7. PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Evitar manipulação excessiva do cateter.
- Em homens com hiperplasia prostática, introduzir lentamente para evitar lesão uretral.
- Suspender se houver resistência ou dor intensa.

8. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

- Indicação clínica.
- Calibre e tipo do cateter.
- Volume de urina drenado.
- Aspecto da urina.
- Data, hora e profissional responsável.

9. REFERÊNCIAS

ANVISA – Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter.

Ministério da Saúde – Protocolos de Atenção Básica.

SOBEST – Diretrizes de Cateterismo Vesical.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 33	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TROCA DE CISTOSTOMIA		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de troca de sonda vesical de demora por via suprapúbica (cistostomia), garantindo segurança do paciente, prevenção de infecções e manutenção da função do cateter.

2. INDICAÇÕES

- Manutenção periódica da sonda de cistostomia conforme prescrição médica ou protocolo institucional.
- Substituição por obstrução, mau funcionamento, ruptura ou vazamento.
- Necessidade de calibre diferente por indicação clínica.

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro habilitado para o procedimento.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão direta do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda Foley de silicone ou látex siliconizado no calibre prescrito (geralmente nº 14 a 20 Fr).
- Campo estéril.
- Luvas estéreis e luvas de procedimento.
- Gaze estéril.
- Seringa de 10 mL para insuflar/desinsuflar o balonete.
- Água destilada estéril (para o balonete).
- Lubrificante hidrossolúvel estéril.
- Antisséptico (PVPI ou clorexidina alcoólica 0,5%).

- Sistema coletor de urina estéril.
- Fita ou dispositivo de fixação da sonda.
- Saco para descarte de resíduos.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Reunir todo o material em bandeja ou mesa de procedimentos.
- Colocar o paciente em ****decúbito dorsal**** com abdome exposto.
- Colocar luvas de procedimento e remover curativo anterior.
- Avaliar aspecto da pele ao redor do orifício da cistostomia.
- Higienizar a área com antisséptico.

5.2 Retirada da Sonda Antiga

- Calçar luvas estéreis.
- Com a seringa de 10 mL, aspirar toda a água do balonete.
- Retirar a sonda suavemente, observando se há resistência (se houver, interromper e reavaliar).

5.3 Inserção da Nova Sonda

- Lubrificar a ponta da nova sonda.
- Introduzir delicadamente pelo trajeto da cistostomia até haver retorno de urina.
- Se não houver retorno imediato, pode-se irrigar com pequena quantidade de soro fisiológico estéril para confirmar o posicionamento.
- Insuflar o balonete com o volume prescrito (geralmente 5–10 mL de água destilada estéril).
- Tracionar levemente para fixar a sonda contra a parede vesical.
- Conectar ao sistema coletor de urina estéril.

5.4 Finalização

- Fixar a sonda à pele com fita hipoalergênica ou dispositivo próprio.

- Colocar curativo estéril ao redor do trajeto.
- Higienizar as mãos.
- Orientar paciente/cuidador sobre cuidados domiciliares.

6. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- Manter o sistema coletor abaixo do nível da bexiga.
- Evitar dobras ou obstruções no tubo.
- Higienizar o local diariamente com água e sabonete neutro.
- Trocar o curativo se estiver sujo ou úmido.
- Observar sinais de infecção (dor, vermelhidão, secreção purulenta, febre).

7. PRECAUÇÕES

- Utilizar técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Não reutilizar sondas ou sistemas coletores.
- Se houver dificuldade para inserir a nova sonda, não forçar — acionar avaliação médica.
- Sempre confirmar o retorno de urina antes de insuflar o balonete.

8. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

- Data e hora da troca.
- Motivo da troca.
- Calibre e tipo da sonda.
- Volume do balonete.
- Aspecto da urina.
- Condições da pele ao redor do estoma.
- Nome e função do profissional que realizou o procedimento.

9. REFERÊNCIAS

ANVISA – Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter.

SOBEST – Diretrizes para o Manejo de Cistostomia.

Ministério da Saúde – Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 34	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ASPIRAÇÃO DE VIAS ÁREAS		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de aspiração de vias aéreas (orotraqueal, nasotraqueal e traqueostomia) para garantir a permeabilidade das vias respiratórias, prevenir complicações e reduzir risco de infecção.

2. INDICAÇÕES

- Presença de secreção visível ou audível nas vias aéreas.
- Paciente com tosse ineficaz.
- Queda da saturação de O₂ relacionada a acúmulo de secreção.
- Orientação médica ou protocolo institucional.

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro habilitado.
- Técnico de enfermagem treinado, sob supervisão direta do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento.
- Luvas estéreis (para técnica asséptica).
- Máscara cirúrgica ou N95 conforme risco.
- Óculos de proteção ou protetor facial.
- Avental descartável.
- Sonda de aspiração estéril no calibre adequado.
- Sistema de aspiração (aspirador a vácuo ou portátil).

- Frasco coletor estéril conectado ao aspirador.
- Soro fisiológico 0,9% estéril.
- Gaze estéril.
- Conexões e extensões adequadas.
- Oxigênio suplementar (se indicado).

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Posicionar o paciente:
 - Consciente: Fowler ou Semi-Fowler.
 - Inconsciente: Decúbito dorsal com cabeça lateralizada (para aspiração orotraqueal/nasotraqueal).
- Checar funcionamento do aspirador e pressão negativa:

Adultos:** 80–120 mmHg.

Crianças:** 60–100 mmHg.

Lactentes:** 40–60 mmHg.

- Colocar EPIs.

5.2 Aspiração Orotraqueal / Nasotraqueal

- Calçar luvas estéreis.
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema.
- Introduzir a sonda sem aspiração, de forma suave:
 - Orotraqueal: pela boca até atingir a traqueia (ponto de reflexo de tosse ou resistência).
 - Nasotraqueal:** pela narina, direcionando para baixo e para trás, até a traqueia.
- Iniciar a aspiração ao retirar a sonda, girando-a levemente, por **no máximo 10–15 segundos.
- Se necessário, ofertar O₂ antes e depois do procedimento.

- Repetir somente se houver indicação, respeitando intervalo de 20–30 segundos entre as aspirações.

5.3 Aspiração em Traqueostomia

- Remover a cânula interna (se houver) e higienizar conforme protocolo.
- Introduzir a sonda estéril pela cânula externa, sem aspiração.
- Ativar sucção ao retirar, com movimentos circulares.
- Proceder à higiene do estoma e reposicionar a cânula interna.

6. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- Observar coloração, viscosidade e quantidade da secreção.
- Monitorar saturação de O₂ e esforço respiratório.
- Garantir posicionamento confortável do paciente.
- Descartar o material conforme protocolo de resíduos infectantes.
- Higienizar as mãos.

7. PRECAUÇÕES

- Evitar aspiração prolongada (>15 segundos) para prevenir hipóxia e lesão de mucosa.
- Usar técnica estéril para prevenir infecção respiratória.
- Não instilar soro fisiológico rotineiramente, apenas se indicado para fluidificar secreções espessas.
- Evitar pressão de sucção excessiva.

8. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

- Data e hora do procedimento.
- Indicação para a aspiração.
- Tipo de aspiração (orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia).
- Características da secreção.
- Resposta do paciente.

- Profissional responsável.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Respiratória Associada à Assistência à Saúde.

COFEN. Resoluções relacionadas a procedimentos invasivos de enfermagem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 35	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS		

1. OBJETIVO

Estabelecer o padrão para coleta, identificação, acondicionamento e transporte de amostras laboratoriais, garantindo a qualidade dos exames e a segurança do paciente e do profissional.

2. INDICAÇÕES

- Solicitação médica ou de enfermeiro, conforme protocolos da APS.
- Programas de rastreamento e monitoramento (pré-natal, controle de doenças crônicas, etc.).

3. RESPONSÁVEIS

- Enfermeiro ou técnico de enfermagem treinado.
- Responsabilidade do enfermeiro pela supervisão e conferência.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja ou suporte para tubos.
- Agulhas, scalp ou sistema a vácuo (vacutainer).
- Seringa estéril (quando aplicável).
- Tubos de coleta com anticoagulante ou sem, conforme exame solicitado.
- Garrote.
- Algodão ou gaze estéril.
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica 2%.
- Etiquetas de identificação.
- Luvas de procedimento.

- Máscara cirúrgica.
- Recipiente para descarte de perfurocortantes.
- Caixa térmica com gelo reciclável (quando necessário).
- Formulários e requisições.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a requisição médica/enfermagem.
- Orientar o paciente sobre o exame e, se necessário, confirmar jejum ou preparo prévio.
- Reunir e conferir materiais.
- Identificar previamente os tubos com nome completo, data de nascimento e número de prontuário (ou etiqueta de código de barras).

5.2 Técnica de Punção Venosa

- Colocar luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente confortavelmente, com o braço apoiado.
- Colocar o garrote a 7–10 cm acima do local da punção.
- Palpar a veia mais adequada (geralmente veia mediana cubital).
- Antissepsia da pele com álcool 70% ou clorexidina alcoólica, aguardando secagem.
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima, em ângulo de 15–30°.
- Coletar os tubos na ordem correta de preenchimento, evitando contaminação cruzada (segundo padrão CLSI: hemocultura → citrato → soro → heparina → EDTA → fluoreto).
- Homogeneizar suavemente tubos com anticoagulante (não agitar).
- Soltar o garrote antes de retirar a agulha.
- Pressionar o local com gaze seca, mantendo por 1–2 minutos.
- Descartar o material perfurocortante imediatamente em recipiente adequado.
- Conferir e acondicionar as amostras conforme o exame:

- Temperatura ambiente para alguns exames (ex.: hemograma, glicemia se analisada rapidamente).
- Refrigeração para bioquímicos, sorologias e outros conforme instrução do laboratório.
- Preencher formulário de encaminhamento.
- Transportar ao laboratório seguindo tempo máximo recomendado para cada exame.

7. CUIDADOS E SEGURANÇA

- Seguir rigorosamente precauções padrão.
- Jamais recapear agulhas.
- Em caso de acidente com material biológico, seguir POP de exposição ocupacional.
- Garantir a privacidade e o conforto do paciente durante todo o procedimento.

8. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

- Data e hora da coleta.
- Tipo de amostra e exames solicitados.
- Local da punção.
- Intercorrências (se houver).
- Nome e registro do profissional coletor.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Coleta de Material Biológico para Exames Laboratoriais.

ANVISA. Resolução RDC nº 222/2018 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

CLSI – Clinical and Laboratory Standards Institute.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 36	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA		

1. OBJETIVO

Garantir a administração segura e eficaz de medicamentos por via endovenosa, prevenindo erros e eventos adversos, assegurando a segurança do paciente e do profissional.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de enfermagem habilitados e treinados para administração de medicamentos EV na UBS.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro: avaliar a prescrição médica, orientar a equipe, supervisionar a administração e registrar intercorrências.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: executar a técnica de acordo com este POP, comunicar alterações e registrar procedimentos realizados.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Bandeja ou cuba rim.
- Álcool 70% e algodão/gazes estéreis.
- Luvas de procedimento.
- Medicamento prescrito.
- Seringa e agulha estéreis (conforme diluição e volume).
- Ampolas ou frascos-ampola.
- Diluentes compatíveis (SF 0,9%, SG 5% ou outro indicado).
- Equipo de infusão e cateter venoso periférico (quando necessário).

- Dispositivo de segurança para descarte de perfurocortantes.
- Prontuário do paciente.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparo

- Higienizar as mãos conforme protocolo.
- Conferir prescrição médica** (paciente, medicamento, dose, via, horário).
- Realizar tríplice conferência: antes de retirar o medicamento, antes de preparar e antes de administrar.
- Verificar validade, aspecto físico e integridade da embalagem.
- Realizar diluição conforme orientação do fabricante e compatibilidade do medicamento.
- Identificar a seringa/frasco com: nome do medicamento, dose, diluente, horário e iniciais do profissional.

5.2 Administração

- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Garantir acesso venoso pérvio e adequado.
- Realizar antisepsia do ponto de injeção com algodão/gaze embebido em álcool 70%, aguardando secar.
- Conectar a seringa/medicamento no acesso venoso.
- Administrar o medicamento na velocidade indicada pelo fabricante (injeção direta) ou conectar ao equipo de infusão (em caso de infusão contínua ou intermitente).
- Observar o paciente durante todo o procedimento para sinais de reação adversa.
- Retirar o material, desprezar em recipientes adequados para resíduos comuns e perfurocortantes.

5.3 Pós-administração

- Registrar no prontuário:
 - Data e horário.
 - Nome do medicamento, dose, via e velocidade.

- Nome e registro do profissional.
- Reações adversas, se houver.
- Monitorar paciente conforme necessidade.

6. CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Nunca administrar medicamento sem prescrição médica.
- Respeitar incompatibilidades medicamentosas.
- Utilizar técnica asséptica para evitar infecção.
- Suspende imediatamente em caso de dor intensa, infiltração, reação alérgica ou sinais de flebite.
- Notificar eventos adversos ao enfermeiro e registrar em ficha de notificação.

7. REFERÊNCIAS

COFEN – Resoluções nº 564/2017 e nº 679/2021.

ANVISA – RDC nº 45/2003 e RDC nº 222/2018.

Protocolos de Segurança do Paciente – Ministério da Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 37	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA		

1. OBJETIVO

Orientar a administração segura de medicamentos por via inalatória, garantindo a eficácia do tratamento, minimizando riscos e prevenindo complicações.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem capacitados para realizar nebulização ou uso de dispositivos inalatórios na UBS.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro: avaliar indicação, prescrição, orientar paciente/familiar e supervisionar execução.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: realizar o procedimento conforme técnica descrita, observando resposta clínica e registrando no prontuário.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Nebulizador ou inalador pressurizado (conforme prescrição).
- Máscara ou bocal esterilizado.
- Ampolas de medicamento (broncodilatadores, corticoides, solução fisiológica etc.).
- Seringa estéril (se necessário para dosagem).
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70% e algodão/gazes.
- Prontuário do paciente.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparo

- Higienizar as mãos conforme protocolo.
- Conferir a prescrição médica (paciente, medicamento, dose, via, horário).
- Realizar tríplice conferência (antes de retirar, preparar e administrar).
- Inspeccionar validade, integridade da embalagem e aspecto da solução.
- Montar o nebulizador em superfície limpa, higienizando as partes externas com álcool 70%.
- Preparar a dose do medicamento e, se necessário, diluir em solução fisiológica 0,9% conforme prescrição.

5.2 Administração

- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Posicionar o paciente sentado ou em posição confortável, com vias aéreas desobstruídas.
- Conectar o medicamento preparado ao copo do nebulizador.
- Acoplar máscara ou bocal ao paciente.
- Ligar o equipamento, ajustando fluxo de oxigênio/ar comprimido conforme indicação (geralmente 6 a 8 L/min).
- Orientar o paciente a respirar lenta e profundamente durante a nebulização.
- Observar tolerância, eficácia e possíveis reações adversas.
- Encerrar quando houver formação mínima de névoa no copo (geralmente 10 a 15 minutos).

5.3 Pós-administração

- Desligar o equipamento e desmontar o sistema.
- Higienizar e armazenar o nebulizador conforme protocolo de limpeza e desinfecção.
- Descartar resíduos e materiais de uso único em recipientes adequados.
- Registrar no prontuário: data, horário, medicamento, dose, via, duração, resposta clínica e intercorrências.

6. CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Utilizar equipamento limpo e desinfetado para evitar infecção cruzada.
- Avaliar saturação periférica de oxigênio antes, durante e após o procedimento em pacientes de risco.
- Suspender em caso de desconforto respiratório grave, dor torácica, taquicardia ou sinais de reação alérgica.
- Evitar falar ou retirar máscara durante a nebulização para não comprometer o tratamento.

7. REFERÊNCIAS

COFEN – Resolução nº 564/2017.

ANVISA – RDC nº 222/2018.

Ministério da Saúde – Protocolos de Atenção Básica e Segurança do Paciente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 38	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via intradérmica, garantindo eficácia terapêutica, prevenção de complicações e segurança do paciente e do profissional.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de enfermagem habilitados e treinados para execução da técnica de via intradérmica na UBS.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro: avaliar prescrição, indicar local de aplicação, orientar equipe e supervisionar o procedimento.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: executar a técnica conforme descrito neste POP, observando e registrando a resposta do paciente.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica.
- Bandeja ou cuba rim.
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70% e algodão/gazes estéreis.
- Seringa de 1 mL (tuberculínica) estéril.
- Agulha fina (13 x 4,5 mm ou similar).
- Medicamento prescrito.
- Caixa coletora de perfurocortantes.
- Prontuário do paciente.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparo

- Higienizar as mãos conforme protocolo.
- Conferir a prescrição (paciente, medicamento, dose, via, horário).
- Realizar tríplice conferência: antes de retirar, antes de preparar e antes de administrar.
- Conferir validade, aspecto e integridade do medicamento.
- Aspirar a dose prescrita para a seringa tuberculínica, retirando o ar e mantendo apenas o volume indicado.
- Identificar a seringa com nome do medicamento, dose e horário.

5.2 Administração

- Higienizar as mãos novamente e calçar luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Escolher o local de aplicação:
 - Terço médio da face interna do antebraço (mais comum).
 - Região escapular ou peitoral superior (alternativos).
 - Realizar antissepsia do local com algodão/gaze embebida em álcool 70%, em movimento único, e aguardar secar.
 - Esticar a pele com a mão não dominante.
 - Introduzir a agulha com bisel voltado para cima, formando um ângulo de 10 a 15°, apenas até cobrir o bisel.
 - Injetar lentamente o medicamento, formando uma pápula ou elevação na pele.
 - Retirar a agulha sem massagear o local.

5.3 Pós-administração

- Descartar imediatamente a seringa e agulha na caixa de perfurocortantes.
- Orientar o paciente sobre não coçar, massagear ou expor a área ao sol.
- Registrar no prontuário: data, horário, medicamento, dose, local de aplicação, reação imediata e nome do profissional.

6. CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Não aplicar em áreas com lesões, inflamação, cicatrizes ou edemas.
- Utilizar sempre agulhas e seringas estéreis de uso único.
- Não massagear o local para evitar dispersão precoce do medicamento.
- Suspender o procedimento em caso de dor intensa, sangramento ou reação adversa.

7. REFERÊNCIAS

COFEN – Resolução nº 564/2017 e nº 679/2021.

Ministério da Saúde – Manual de Normas para Imunização e Testes Diagnósticos.

ANVISA – RDC nº 222/2018.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 39	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)		

1. OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via intramuscular, garantindo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de complicações.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem habilitados e capacitados para execução da via intramuscular na UBS.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro: avaliar prescrição, indicar local de aplicação, supervisionar procedimento e orientar equipe.
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: realizar o procedimento conforme técnica descrita, observando resposta clínica e registrando no prontuário.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica.
- Bandeja ou cuba rim.
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70% e algodão/gazes estéreis.
- Seringa estéril (2 mL, 3 mL ou 5 mL – conforme dose).
- Agulha adequada à idade e ao local (geralmente 25 x 0,7 mm ou 30 x 0,8 mm para adultos).
- Medicamento prescrito.
- Caixa de descarte de perfurocortantes.
- Prontuário do paciente

5. PROCEDIMENTO

5.1 Preparo

- Higienizar as mãos.
- Conferir a prescrição médica (paciente, medicamento, dose, via, horário).
- Realizar tríplice conferência (antes de retirar, preparar e administrar).
- Conferir validade, aspecto e integridade da embalagem.
- Aspirar a dose prescrita para a seringa, retirando o ar.
- Identificar a seringa com nome do medicamento, dose, horário e iniciais do profissional.

5.2 Administração

- Higienizar as mãos e calçar luvas.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Escolher o local de aplicação conforme idade, massa muscular e tipo de medicamento:
 - Ventroglútea (preferencial em adultos).
 - Vasto lateral da coxa** (preferencial em crianças menores de 3 anos).
 - Dorsoglútea (evitar em crianças e magros; atenção ao nervo ciático).
 - Deltoide (para pequenos volumes, até 1 mL).
 - Realizar antissepsia com álcool 70% e aguardar secar.
 - Esticar a pele (ou comprimir, em pacientes magros ou idosos).
 - Introduzir a agulha rapidamente, formando ângulo de 90°.
 - Aspirar levemente para verificar se não há refluxo de sangue (exceto em vacinas, conforme protocolo).
 - Injetar o medicamento de forma lenta e contínua.
 - Retirar a agulha, comprimir levemente com gaze sem massagear.

5.3 Pós-administração

- Descartar seringa e agulha imediatamente na caixa de perfurocortantes.
- Orientar o paciente sobre possíveis reações locais e sinais de alerta.
- Registrar no prontuário: data, horário, medicamento, dose, local de aplicação, reação imediata e nome do profissional.

6. CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Utilizar técnica asséptica em todas as etapas.
- Respeitar volumes máximos por local:
 - Ventroglútea e dorsoglútea: até 5 mL.
 - Vasto lateral: até 3 mL.
 - Deltoide: até 1 mL.
 - Nunca administrar em áreas com inflamação, infecção, edema ou lesões cutâneas.
 - Observar sinais de reação adversa imediata, dor intensa ou parestesia.

7. REFERÊNCIAS

COFEN – Resolução nº 564/2017 e nº 679/2021.

Ministério da Saúde – Manual de Procedimentos de Enfermagem.

ANVISA – RDC nº 222/2018.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 40	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR		

1. OBJETIVO

Garantir a administração segura e eficaz de medicamentos oftálmicos (colírios e pomadas) para tratamento ou prevenção de condições oculares, assegurando a técnica correta e a prevenção de contaminações.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS) habilitados para a administração de medicamentos.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar a prescrição, orientar o paciente, supervisionar e/ou executar o procedimento.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: executar a técnica conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Colírio ou pomada oftálmica prescrita.
- Algodão ou gaze estéril.
- Luvas de procedimento.
- Álcool 70% para higienização das mãos ou preparação alcoólica.
- Recipiente para descarte.

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, frequência, olho a ser administrado).
- Separar e verificar o medicamento: nome, validade, integridade e acondicionamento.
- Identificar o paciente.
- Explicar o procedimento, buscando colaboração.
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Administração de Colírio

- Higienizar a região dos olhos, se necessário, com gaze estéril e soro fisiológico.
- Solicitar que o paciente incline levemente a cabeça para trás e olhe para cima.
- Com a mão não dominante, puxar delicadamente a pálpebra inferior para formar um “bolso conjuntival”.
- Instilar a quantidade prescrita (geralmente 1 gota) sem encostar o frasco no olho, cílios ou pele.
- Orientar o paciente a fechar suavemente os olhos (não apertar) e pressionar o canto interno (ducto lacrimal) por 1 minuto, para reduzir absorção sistêmica.
- Se houver prescrição de mais de um colírio, aguardar de 5 a 10 minutos entre as aplicações.

5.3. Administração de Pomada Oftálmica

- Higienizar a região ocular se necessário.
- Pedir ao paciente que olhe para cima.
- Puxar a pálpebra inferior e aplicar uma fina faixa de pomada no saco conjuntival.
- Orientar o paciente a fechar os olhos suavemente para distribuir a medicação.

5.4. Finalização

- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Orientar o paciente sobre possíveis sensações (ardor leve, visão turva temporária).
- Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, olho tratado e reações observadas.

6. Precauções e Observações

- Nunca compartilhar frascos de colírios entre pacientes.

- Não encostar o bico do frasco ou tubo nos olhos, cílios ou pele.
- Descartar medicamentos vencidos ou contaminados.
- Manter frascos sempre fechados e em local adequado.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Manual de Boas Práticas para Serviços de Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 41	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL		

1. OBJETIVO

Assegurar a administração correta e segura de medicamentos via oral, prevenindo erros e garantindo eficácia terapêutica e segurança do paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de enfermagem da UBS habilitados a administrar medicamentos conforme prescrição médica.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): conferir a prescrição, avaliar o paciente, supervisionar e/ou realizar o procedimento.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: preparar e administrar os medicamentos, seguindo a técnica correta e normas de segurança.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Medicamento prescrito.
- Copo descartável com água potável.
- Colher ou copo dosador (para líquidos).
- Bandeja.
- Luvas de procedimento (se necessário).
- Álcool 70% para higienização das mãos ou preparação alcoólica.

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a prescrição médica: medicamento, dose, via, horário e paciente.
- Separar e conferir o medicamento (nome, concentração, integridade, validade).
- Identificar o paciente.
- Explicar o procedimento e orientar sobre a ingestão.

5.2. Administração

- Colocar o medicamento na bandeja identificada.
- Para comprimidos ou cápsulas: oferecer com água, orientando a deglutição completa.
- Para soluções ou suspensões: agitar frasco, medir dose com colher ou copo dosador e oferecer ao paciente.
- Certificar-se de que o paciente ingeriu o medicamento.
- Observar possíveis reações imediatas.

5.3. Finalização

- Recolher materiais e descartar resíduos adequadamente.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, e reações observadas.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Respeitar o horário prescrito, evitando atrasos ou adiantamentos.
- Não partir ou triturar comprimidos sem autorização (risco de alteração do efeito).
- Verificar se o paciente apresenta dificuldade para engolir; em caso de dúvida, comunicar o enfermeiro.
- Em medicamentos sublinguais ou bucais, orientar para não mastigar nem engolir antes do tempo adequado.
- Nunca administrar medicamentos de outro paciente.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 42	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA		

1. OBJETIVO

Estabelecer o procedimento seguro e padronizado para a administração de medicamentos via subcutânea, garantindo eficácia terapêutica e minimizando riscos ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de enfermagem da UBS habilitados a realizar administração de medicamentos conforme prescrição médica.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar indicação, conferir prescrição, supervisionar e/ou executar o procedimento.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: preparar e administrar medicamentos conforme prescrição e técnica adequada.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Medicamento prescrito.
- Seringa e agulha adequadas (normalmente 1 mL ou 3 mL, agulha curta 13 x 4,5 mm ou 13 x 0,45 mm).
- Algodão ou gaze estéril.
- Álcool 70%.
- Luvas de procedimento.
- Bandeja.
- Recipiente para descarte de perfurocortantes.

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a prescrição médica (medicamento, dose, via, horário, local).
- Preparar o medicamento de acordo com normas de assepsia.
- Identificar o paciente.
- Explicar o procedimento, solicitando colaboração.
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Escolha do Local de Aplicação

- Face externa do braço (região do tríceps).
- Face anterior da coxa.
- Região abdominal (2 a 5 cm de distância do umbigo).
- Região superior externa do glúteo.

5.3. Administração

- Higienizar o local escolhido com algodão/gaze embebida em álcool 70%, realizando movimento circular do centro para a periferia.
- Com a mão não dominante, pinçar a pele formando uma prega.
- Introduzir a agulha em ângulo de 45° (ou 90° em pacientes com maior tecido subcutâneo).
- Aspirar levemente (exceto em aplicações de insulina ou heparina, conforme protocolos específicos).
- Injetar o medicamento lentamente.
- Retirar a agulha e soltar a prega.
- Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear.

5.4. Finalização

- Descartar a agulha e seringa imediatamente no recipiente de perfurocortantes.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, local, horário e reações observadas.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Alternar os locais de aplicação para evitar lesões.
- Não massagear locais de aplicação de heparina ou insulina.
- Evitar áreas com inflamação, hematomas, cicatrizes ou lesões cutâneas.
- Respeitar volumes máximos para via subcutânea (geralmente até 1 mL).

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Manual de Segurança do Paciente – Práticas de Administração de Medicamentos.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 43	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL		

1. OBJETIVO

Garantir o preparo e a administração segura de soluções parenterais, assegurando eficácia terapêutica, prevenção de infecções e redução de riscos de eventos adversos.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem da UBS habilitados para realizar preparo e administração de medicamentos e soluções por via parenteral, conforme prescrição médica.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar prescrição, escolher dispositivo de acesso, supervisionar e/ou executar o procedimento.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: realizar o preparo e a administração sob supervisão, seguindo as normas de biossegurança e assepsia.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada.
- Solução prescrita (soro fisiológico, glicose, ringer lactato, etc.).
- Medicamentos a serem diluídos, se houver.
- Equipo de infusão estéril.
- Dispositivo de punção venosa (scalp, jelco ou agulha).
- Seringas e agulhas estéreis adequadas.
- Algodão ou gaze estéril.
- Álcool 70%.
- Luvas de procedimento.

- Bandeja.
- Suporte para frasco de solução.
- Recipiente para descarte de perfurocortantes e resíduos.

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir a prescrição (tipo de solução, volume, velocidade, medicamentos associados).
- Reunir materiais em bandeja limpa.
- Checar validade, integridade e aspecto da solução.
- Preparar a solução em área limpa, seguindo técnica asséptica.
- Identificar o paciente e explicar o procedimento.
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Preparo da Solução

- Se necessário adicionar medicamento à solução, higienizar o ponto de inserção com álcool 70% e utilizar seringa/agulha estéreis.
- Homogeneizar a solução após adição do medicamento.
- Identificar o frasco com nome da solução, medicamento, concentração, data/hora de preparo e identificação do profissional.

5.3. Administração

- Selecionar o acesso venoso ou realizar punção, se necessário.
- Higienizar o local da punção.
- Conectar o equipo à solução, mantendo a esterilidade.
- Preencher o equipo eliminando o ar.
- Conectar o equipo ao dispositivo de punção venosa.
- Regular o gotejamento conforme prescrição médica.
- Observar paciente durante todo o período de infusão para identificar reações adversas ou infiltração.

5.4. Finalização

- Após término da infusão, desconectar equipo, desprezar material em local adequado e retirar o acesso venoso se não houver indicação de manutenção.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: tipo de solução, volume administrado, tempo de infusão, local do acesso venoso e intercorrências.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Nunca utilizar soluções turvas, com sedimentos ou frascos danificados.
- Não reutilizar equipos.
- Respeitar tempo máximo de uso do equipo (normalmente até 24h).
- Seguir técnica asséptica rigorosa durante todo o procedimento.
- Evitar infusão rápida sem prescrição, para prevenir sobrecarga circulatória.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Manual de Segurança do Paciente – Práticas de Administração de Medicamentos e Soluções.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 44	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	LAVAGEM DE OUVIDO		

1. OBJETIVO

Realizar a lavagem do ouvido para remoção de cerúmen ou corpos estranhos não obstrutivos, de forma segura, minimizando riscos e desconforto ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem da UBS capacitados e autorizados, conforme protocolos e prescrição médica.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar necessidade do procedimento, verificar contraindicações, prescrever cuidados e executar ou supervisionar a técnica.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: realizar o procedimento quando autorizado, seguindo técnica correta e orientações do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica (quando indicada).
- Seringa de 20 mL ou irrigador auricular.
- Água filtrada ou soro fisiológico aquecido a cerca de 37 °C.
- Cuba rim.
- Gaze ou algodão.
- Luvas de procedimento.
- Toalha ou avental impermeável para proteção do paciente.
- Fonte de iluminação (lanterna ou foco).
- Recipiente para descarte de resíduos.

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Confirmar identidade do paciente e explicar o procedimento.
- Reunir e organizar os materiais.
- Posicionar o paciente sentado, com cabeça levemente inclinada para o lado oposto ao ouvido a ser lavado.
- Colocar toalha ou avental sobre o ombro do paciente e cuba rim sob o ouvido.
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Execução

- Avaliar o ouvido com iluminação adequada para confirmar a indicação e descartar presença de corpo estranho vivo, perfuração de membrana timpânica ou sinais de infecção.
- Encher a seringa com a solução aquecida.
- Puxar suavemente o pavilhão auricular para cima e para trás (adultos) ou para baixo e para trás (crianças).
- Introduzir o jato de solução suavemente na parede posterior-superior do conduto auditivo externo, evitando direcionar diretamente para o tímpano.
- Repetir o processo até a remoção completa do cerúmen ou secreção.
- Secar a parte externa da orelha com gaze limpa.

5.3. Finalização

- Descartar o material utilizado adequadamente.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: ouvido tratado, tipo de solução utilizada, quantidade aproximada, resultado do procedimento e possíveis intercorrências.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Contraindicado em casos de perfuração de tímpano, otite aguda, otorreia ou história de cirurgia otológica recente.
- Usar solução aquecida para evitar vertigem.

- Suspende imediatamente o procedimento se houver dor intensa, tontura ou sangramento.* Orientar o paciente sobre cuidados para evitar acúmulo de cerúmen (limpeza externa apenas com pano ou gaze).

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Manual de Boas Práticas para Serviços de Saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 45	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	REALIZAÇÃO DE EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)		

1. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de realização de eletrocardiograma (ECG) para garantir a qualidade do exame, segurança do paciente e registro adequado dos dados.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de saúde capacitados na UBS que realizam ECG, sob prescrição médica ou protocolos institucionais.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar indicação, confirmar preparo do paciente, supervisionar e/ou executar o exame.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: preparar o paciente, posicionar eletrodos e operar o equipamento conforme técnica padronizada.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Aparelho de ECG em funcionamento e calibrado.
- Eletrodos descartáveis ou ventosas.
- Cabos condutores do aparelho.
- Gel condutor.
- Lâmina de papel do ECG.
- Luvas de procedimento (se necessário).
- Lençol descartável ou campo limpo.
- Papel toalha ou gaze para limpeza da pele.
- Álcool 70% (para higienizar pele e equipamento).

5. Procedimento

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Conferir prescrição médica ou protocolo vigente.
- Explicar o procedimento ao paciente e garantir seu consentimento.
- Orientar o paciente a retirar objetos metálicos e acessórios que interfiram no exame.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, confortável, com braços ao lado do corpo e pernas descruzadas.
- Descobrir tórax, punhos e tornozelos, garantindo privacidade.
- Higienizar a pele nas áreas de fixação dos eletrodos (remover oleosidade, cremes ou suor).

5.2. Posicionamento dos Eletrodos

- Eletrodos periféricos (membros):
 - Vermelho: braço direito (punho ou terço distal do antebraço).
 - Amarelo: braço esquerdo.
 - Verde: perna esquerda (tornozelo ou terço distal da perna).
 - Preto: perna direita (terra).
 - Eletrodos precordiais (tórax):
 - V1: 4º espaço intercostal, linha paraesternal direita.
 - V2: 4º espaço intercostal, linha paraesternal esquerda.
 - V3: ponto médio entre V2 e V4.
 - V4: 5º espaço intercostal, linha hemiclavicular esquerda.
 - V5: nível de V4, linha axilar anterior esquerda.
 - V6: nível de V4, linha axilar média esquerda.

5.3. Execução

- Conectar os cabos aos eletrodos conforme cores e posições.
- Solicitar que o paciente permaneça imóvel e respire normalmente durante o exame.
- Iniciar o registro no aparelho, observando a qualidade do traçado (sem artefatos).
- Imprimir ou salvar o exame conforme protocolo.

5.4. Finalização

- Desconectar cabos e retirar eletrodos cuidadosamente.
- Limpar resíduos de gel da pele do paciente.
- Garantir conforto e privacidade.
- Higienizar e guardar o equipamento.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: data, hora, motivo do exame, profissional responsável e intercorrências.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Evitar realização em áreas molhadas ou com risco elétrico.
- Garantir que o aparelho esteja devidamente aterrados e calibrado.
- Em casos de lesões cutâneas, adaptar a fixação dos eletrodos.
- Se houver tremores ou agitação, explicar ao paciente que o movimento interfere no traçado.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Sociedade Brasileira de Cardiologia – Diretrizes de Eletrocardiografia.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 46	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	TÉCNICA DE CURATIVO		

1. OBJETIVO

Padronizar a realização de curativos na UBS para garantir assepsia, promover cicatrização adequada, prevenir infecções e oferecer segurança ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

Aplicável a todos os profissionais de enfermagem da UBS capacitados para realizar curativos conforme prescrição e protocolos institucionais.

3. RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro(a): avaliar lesão, indicar tipo de cobertura, supervisionar e/ou executar o procedimento, registrar evolução.
- Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem: realizar o curativo conforme técnica asséptica e orientações do enfermeiro.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento e luvas estéreis.
- Gaze estéril.
- Pinça estéril.
- Soro fisiológico 0,9% ou solução indicada.
- Campo estéril.
- Máscara cirúrgica (quando necessário).
- Cobertura/curativo prescrito (hidrocoloide, filme, gaze, pomada etc.).
- Fita microporosa ou atadura.
- Bolsa para descarte de resíduos infectantes.

- Tesoura estéril (se necessário).
- Avental descartável (em casos de secreção abundante).

5. PROCEDIMENTO

5.1. Preparação

- Higienizar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Conferir prescrição e tipo de cobertura indicada.
- Explicar o procedimento ao paciente e garantir privacidade.
- Posicionar o paciente de forma confortável e com fácil acesso à lesão.
- Colocar luvas de procedimento.

5.2. Remoção do Curativo Antigo

- Retirar cuidadosamente a cobertura existente, evitando traumatizar o tecido.
- Avaliar e registrar características da lesão (tamanho, cor, presença de exsudato, odor, sinais de infecção).
- Descartar o material retirado em saco de lixo infectante.

5.3. Limpeza da Lesão

- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.
- Colocar luvas estéreis.
- Dispor campo estéril próximo à lesão.
- Com gaze e soro fisiológico 0,9% (ou solução indicada), limpar do centro para a periferia, usando uma gaze para cada movimento.
- Em feridas abertas, limpar de cima para baixo, também utilizando uma gaze para cada passada.
- Secar delicadamente, seguindo o mesmo sentido da limpeza.

5.4. Aplicação da Cobertura

- Colocar a cobertura ou produto indicado diretamente sobre a lesão.
- Fixar com fita microporosa ou atadura, sem comprimir excessivamente.

- Garantir que o curativo cubra totalmente a área da lesão.

5.5. Finalização

- Retirar luvas e higienizar as mãos.
- Registrar no prontuário: tipo de lesão, produto/cobertura utilizada, data e hora do procedimento, evolução e reações do paciente.
- Orientar o paciente quanto a cuidados domiciliares e sinais de alerta.

6. PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

- Respeitar técnica asséptica em todas as etapas.
- Não utilizar soluções antissépticas sem prescrição, pois podem retardar a cicatrização.
- Trocar curativo conforme prescrição ou quando saturado/sujo.
- Em casos de suspeita de infecção, comunicar imediatamente o enfermeiro.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

ANVISA. Manual de Boas Práticas para Serviços de Saúde.

SOBENFeE – Diretrizes para Tratamento de Feridas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POP nº 47	Data de criação: 13/08/2025	Data de revisão: 13/08/2026
	LIMPEZA UBS		

1. OBJETIVO

Garantir a limpeza, desinfecção e organização adequadas das áreas da UBS, visando a prevenção de infecções, promoção da segurança de pacientes e profissionais, e manutenção de ambiente acolhedor e funcional.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais responsáveis pela limpeza, higienização e organização de ambientes na UBS, incluindo áreas administrativas, clínicas, banheiros, salas de procedimentos e áreas externas.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- RDC ANVISA nº 222/2018 – Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
- RDC ANVISA nº 50/2002 – Regulamento Técnico para planejamento físico
- Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies do MS/ANVISA
- NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde

4. RESPONSABILIDADES

- **Equipe de Limpeza:** Executar as atividades conforme este POP, utilizando EPIs adequados.
- **Coordenação da UBS:** Fiscalizar e garantir disponibilidade de insumos e equipamentos.
- **Todos os Profissionais:** Zelar pela manutenção da limpeza e organização.

5. DEFINIÇÕES

- **Limpeza:** Remoção de sujidades visíveis (poeira, resíduos orgânicos e inorgânicos) com água e detergente.
- **Desinfecção:** Redução de micro-organismos em superfícies inanimadas, utilizando desinfetantes adequados.

- **Organização:** Disposição funcional e segura de móveis, materiais e equipamentos.

6. MATERIAIS E EPIS

- Luvas de borracha de uso doméstico
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção (em áreas de risco de respingo)
- Avental impermeável
- Touca
- Panos de microfibra ou descartáveis
- Baldes identificados por cores (limpeza e desinfecção)
- Detergente neutro
- Desinfetante hospitalar (hipoclorito de sódio a 1% para superfícies, 0,5% para banheiros)
- Mop úmido, rodos e vassouras limpas
- Saco para resíduos conforme classificação

7. PROCEDIMENTO

7.1. Princípios Gerais

- Utilizar sempre EPIs antes de iniciar o serviço.
- Realizar a limpeza no sentido **do mais limpo para o mais sujo e de cima para baixo**.
- Evitar varrer a seco (usar pano úmido ou mop para não suspender poeira).
- Trocar panos e água sempre que houver sujidade visível.
- Utilizar fricção mecânica (esfregar suavemente) para melhor remoção de sujidades.

7.2. Limpeza Concorrente (diária)

- **Recepção e Salas de Atendimento:**
 - Remover pó de superfícies com pano úmido e detergente.
 - Desinfetar mesas, balcões, maçanetas, interruptores, telefone e teclado.
 - Limpar pisos com solução de detergente neutro e, em seguida, desinfetante hospitalar.

- **Banheiros:**

- Limpar e desinfetar vaso sanitário, pia, torneiras e descarga.
- Trocar papel toalha, papel higiênico e sabonete líquido.
- Limpar espelhos com produto adequado.

- **Salas de Procedimentos e Consultórios:**

- Limpar e desinfetar bancadas, macas e cadeiras entre cada atendimento.
- Substituir lençóis de papel ou tecido conforme protocolo.

7.3. Limpeza Terminal (periódica ou quando necessário)

- Realizar limpeza profunda de paredes, portas, janelas, luminárias e equipamentos fixos.
- Retirar e higienizar cortinas, tapetes ou capas protetoras.
- Realizar polimento de metais e manutenção preventiva de pisos.

8. DESCARTE DE RESÍDUOS

- Seguir classificação de resíduos conforme RDC 222/2018:
 - **Grupo A:** Infectantes → saco branco leitoso.
 - **Grupo B:** Químicos → recipientes rígidos.
 - **Grupo D:** Comuns → saco preto.
 - **Grupo E:** Perfurocortantes → caixa rígida.

9. FREQUÊNCIA

- Limpeza concorrente: **diária** ou conforme necessidade.
- Limpeza terminal: **semanal**, mensal ou após alta do paciente e fechamento do setor.

10. REGISTRO

- Preencher check-list de limpeza diariamente, assinado pelo responsável.

11. OBSERVAÇÕES

- Nunca misturar produtos químicos.

- Manter produtos de limpeza fora do alcance de crianças e pacientes.
- Garantir ventilação adequada durante a limpeza.

Setor/Área	Tarefa	Frequência	Assinatura/ Data
Recepção	Limpar balcões, mesas, cadeiras e telefones com detergente neutro e desinfetante	Diária	
	Desinfetar maçanetas, interruptores e teclados	Diária	
	Limpar piso (detergente + desinfetante hospitalar)	Diária	
Consultórios	Limpar e desinfetar macas, bancadas e cadeiras entre atendimentos	Cada paciente	
	Trocar lençol de papel ou tecido	Cada paciente	
	Limpar piso	Diária	
Salas de Procedimentos	Limpar e desinfetar bancadas, equipamentos e superfícies	Entre atendimentos	
	Limpar piso	Diária	
Banheiros	Limpar e desinfetar vaso sanitário, pia, torneira e descarga	2x/dia	
	Trocar papel higiênico, papel toalha e sabonete líquido	Conforme uso	
	Limpar piso e azulejos	Diária	
Áreas Comuns	Remover pó de móveis, prateleiras e janelas	Semanal	
	Limpeza de luminárias e paredes	Mensal	
Limpeza Terminal	Limpeza profunda (paredes, portas, janelas, equipamentos)	Semanal/Mensal	