

RESOLUÇÃO Nº 46, DE 15 DE MAIO DE 2023

Regulamenta os instrumentos de enfermagem nos Centros de Socioeducação do Estado do Paraná.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SECRETARIA DE JUSTIÇA E CIDADANIA, no uso da delegação de competência conferida pela Lei Estadual n.º 21.352 de 1º de janeiro de 2023, nomeado pelo Decreto n.º 645/2023 de 28 de fevereiro de 2023,

CONSIDERANDO a Lei n.º 21.352/2023, regulamentada pelo Decreto n.º 003/2023 que dispõe sobre a organização administrativa básica do Poder Executivo e condiciona a gestão do sistema socioeducativo à competência da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania (SEJU), a quem compete a execução das medidas privativas e restritivas de liberdade nos Centros de Atendimento Socioeducativos (CENSES) e Casas de Semiliberdade;

CONSIDERANDO a Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do/da Adolescente e estabelece as diretrizes para os operadores da política de atendimento das crianças e dos adolescentes;

CONSIDERANDO a Lei Federal n.º 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, prevendo que sejam criadas comissões permanentes para avaliação e acompanhamento do sistema socioeducativo;

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial n.º 1.426, de 14 de julho de 2004, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que estabelece as diretrizes para implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e

femininas;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que prova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências e, ainda;

CONSIDERANDO a premência de padronização dos processos da enfermagem na assistência para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, tendo em vista a promoção de uma assistência em saúde integral, humanizada e voltada para as necessidades desse público específico;

RESOLVE:

Art. 1º. Instituir os instrumentos de enfermagem nos Centros de Socioeducação do Estado do Paraná, junto a Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo - CGS da Secretaria de Justiça e Cidadania - SEJU.

Art. 2º. Os Centros de Socioeducação, denominados CENSE, são responsáveis pela execução das medidas de internação e internação-sanção, além da medida cautelar de internação provisória, conforme disposto nos Artigos 121 a 125 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº8.069/199).

Art. 3º. Os instrumentos de enfermagem terão por finalidade qualificar e padronizar o cuidado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, considerando as características biopsicossociais deste ciclo de vida, de forma a prover o cuidado com a utilização de práticas e técnicas adequadas, conforme as necessidade e visando a prevenção de agravos em saúde do adolescente.

Art. 4º. A aplicação da padronização dos instrumentos de enfermagem objetiva contribuir, de forma ética, crítica e responsável, a transformação das práticas e a consequente ampliação da qualidade assistencial da enfermagem, devendo funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de enfermagem.

Art. 5º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 15 de Maio de 2023.

Santin Roveda
Secretário de Estado de Justiça e Cidadania

Anexo I

REGIMENTO INTERNO DA ENFERMAGEM CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ

CURITIBA

2023

Lidia Ivone Ribas

Chefe da Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo - CGS

Luciana Mara Finger

Coordenadora da Divisão Psicossocial e de Saúde - CGS

Diretor (a) do Cense

Enfermeira/o do Cense

ELABORAÇÃO

Carina Reis Mesquita

Enfermeira Cense Cascavel

COREN 248.006

Heike Graser Marasquin

Enfermeira Cense Joana Richa

COREN 52.414

Juliana Bandeira Cordeiro

Enfermeira Cense Curitiba

COREN 278.717

Karyne Cury

Enfermeira Cense Ponta Grossa

COREN 263.679

INTRODUÇÃO

O CENSE é uma Unidade Socioeducativa vinculada à Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Paraná, ou outra que vier a sucedê-la com as mesmas atribuições e quadro funcional. Tem como finalidade atender adolescentes do sexo _____ entre 12 e 21 anos incompletos, em cumprimento de medida de internação, provenientes da Vara da Infância e Juventude das Comarcas do Estado do Paraná, conforme estabelece a Lei Federal nº 8.090/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), a Lei Federal nº 12.594/2012 (Sistema Nacional Atendimento Socioeducativo – SINASE) e a Resolução n.º 265/2021-SEJUF Código de Normas e Procedimentos das Unidades de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná).

A missão da enfermagem nesta instituição é prestar assistência de enfermagem com qualidade e segurança, respeitando os princípios éticos, técnicos e científicos, sempre em consonância com os pressupostos do Sistema Único de Saúde e legislações específicas da Enfermagem.

Este documento é de caráter normativo, contendo diretrizes básicas, conforme as regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e visa orientar e instruir a assistência de enfermagem, baseada nos preceitos da lei, da ética e em referenciais teórico-práticos. Neste regimento são apresentadas as finalidades, a estrutura organizacional, a composição, as competências, os requisitos, as atribuições e as disposições gerais.

TÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O Regimento de Enfermagem é uma ferramenta importante para direcionar o cuidado livre de danos e riscos à saúde, além de facilitar, organizar e padronizar a execução de ações e atividades a serem desempenhadas pelos profissionais da enfermagem. Além disso, regula as relações dos profissionais de Enfermagem entre si e as relações destes com as adolescentes atendidas no Cense _____.

Parágrafo único. A Enfermagem deste Cense é constituída por profissionais de Enfermagem de todos os níveis, e tem por finalidade:

I - promover assistência de Enfermagem qualificada e direcionada ao atendimento integral e humanizado respeitando a singularidade de cada adolescente, sob a perspectiva da garantia do direito constitucional à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS descritos na Constituição Federal (1988), nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), regulamentadas pelo decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011;

II - garantir aos adolescentes assistência de enfermagem respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde e as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde: integralidade, universalidade, equidade, enfoque individual, humanização, intersetorialidade e democratização do conhecimento;

III - estimular e promover o trabalho atendendo os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;

IV - atender ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde, prestando assistência aos adolescentes privados de liberdade em cumprimento de medida socioeducativa;

V - atender ao Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, em seu Capítulo V, Da atenção integral à Saúde do adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa, arts. 60 a 64;

VI - implementar ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, a redução de danos com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das adolescentes;

VII - colaborar com os sistemas de gestão vigente e demais serviços, na aplicação de métodos e práticas e otimização dos desempenhos técnicos administrativos para o alcance de melhores resultados;

VIII - desenvolver atividades circunscritos à Enfermagem, conforme os preceitos do Código de Ética de Enfermagem, da Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, do Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987, das normas do Conselho Federal de Enfermagem, em especial a Resolução n.º 195, de 18 de fevereiro de 1997, a Resolução n.º 564, de 6 de novembro de 2017, e demais normas atinentes ao desempenho da profissão.

TÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O Setor de Enfermagem é coordenado exclusivamente por enfermeira/o, que é subordinado à Direção do Cense, que por sua vez está subordinado à Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania.

TÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe de Enfermagem é composta por:

I - enfermeira/o;

II - técnicas/os de Enfermagem;

III - auxiliares de Enfermagem.

DA COMPETÊNCIA DA/O ENFERMEIRA/O

Art. 4º Segundo a Lei n.º 7.498/86, de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Decreto n.º 94.406/87 que a regulamenta, a/o Enfermeira/o exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a)** direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de Saúde, pública e privada, e Chefia de Serviço e de Unidade de Enfermagem;
- b)** organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c)** planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d)** consulta de enfermagem;
- e)** prescrição da assistência de enfermagem;
- f)** consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- g)** cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h)** cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da Equipe de Saúde:

- a)** participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b)** participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c)** prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d)** participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e)** prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f)** prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g)** assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria da saúde da população.

TÍTULO V

DA COMPETÊNCIA DA/O TÉCNICA/O DE ENFERMAGEM

Art. 5º Segundo a Lei n.º 7.498/86, de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Decreto n.º 94.406/87 que a regulamenta, a/o Técnica/o de Enfermagem exerce atividade de nível médio, técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I - participar da programação da assistência de enfermagem;
- II - executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- III - participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- IV - participar da equipe de saúde.

TÍTULO VI

DA COMPETÊNCIA DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Art. 6º Ao Auxiliar de Enfermagem compete:

- I - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- II - executar ações de tratamento simples;
- III - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- IV - participar da equipe de saúde.

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º São atribuições da/o Enfermeira/o:

- I** - cumprir e fazer cumprir o exercício legal da profissão, observando o Código de Ética de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;
- II** - elaborar Procedimento Operacional Padrão (POP), e revisá-las anualmente;
- III** - orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem segundo o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Regimento Interno, legislações vigentes e normas institucionais;
- IV** - implementar ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- V** - elaborar o dimensionamento de enfermagem;
- VI** - elaborar a escala de trabalho mensal e de férias;
- VII** - controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade;
- VIII** - participar dos programas de Educação Continuada;
- IX** - realizar capacitação de servidores recém-admitidos ou transferidos para a unidade;
- X** - realizar reuniões técnicas e / ou de planejamento com sua equipe;
- XI** - elaborar parecer sobre assuntos pertinentes à saúde;
- XII** - participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da Enfermagem;
- XIII** - requisitar materiais, medicamentos, insumos, e equipamentos para a execução da assistência em enfermagem;
- XIV** - preencher relatórios mensais, quadrimestrais, semestrais e anuais solicitados pelo Município, Estado e Ministério da Saúde;
- XV** - fazer-se representar quando necessário em comissões de ética, científica, cultural, associativa e sindical de enfermagem;
- XVI** - participar de reuniões técnicas e / ou de planejamento;
- XVII** - realizar oficinas relacionadas à saúde para as adolescentes, conforme necessidade e possibilidade da Unidade;

- XVIII** - acompanhar o adolescente nos atendimentos de saúde;
- XIX** - instituir ações para segurança do adolescente propondo medidas para reduzir os riscos advindos da assistência e diminuir os eventos adversos;
- XX** - atualizar informações de saúde no SMS (Sistema de Medidas Socioeducativas);
- XXI** - promover o aperfeiçoamento técnico da equipe de enfermagem;
- XXII** - participar da elaboração do Plano Individual de Atendimento – PIA do adolescente, visando atender as necessidades de saúde do mesmo;
- XXIII** - promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas estimulando o trabalho em equipe;
- XXIV** - proporcionar a integração entre os profissionais e realizar reuniões sistemáticas com a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade com registro em ata;
- XXV** - manter os gestores imediatos informados das ocorrências da Unidade;
- XXVI** - zelar pela limpeza e organização de materiais, equipamentos e do ambiente.

Art. 8º São atribuições da/o Auxiliar e Técnica/o de Enfermagem:

- I** - executar ações de assistência de acordo com o exercício legal da profissão, observando o Código de Ética de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;
- II** - prestar assistência de enfermagem sob supervisão da/o enfermeira/o;
- III** - colaborar na elaboração do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- IV** - executar ações da assistência segundo o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Regimento Interno, legislações vigentes e normas institucionais;
- V** - colaborar com a/o enfermeira/o no cumprimento da escala de enfermagem, prescrição de enfermagem e relatórios necessários;
- VI** - executar as ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- VII** - executar as ações para segurança do adolescente visando reduzir os riscos advindos da assistência e diminuir os eventos adversos;
- VIII** - manter a/o enfermeira/o informado das ocorrências da Unidade;
- IX** - realizar registro no prontuário de todas as ações de assistência prestada ao adolescente, anotando os cuidados e orientações dadas;

- X - participar de reuniões técnicas e / ou de planejamento quando solicitado;
- XI - participar de capacitações;
- XII - colaborar para o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e o trabalho em equipe;
- XIII - zelar pela limpeza e organização de materiais, equipamentos e do ambiente;
- XIV - colaborar na solicitação dos materiais, insumos, medicamentos e equipamentos para a execução da assistência em enfermagem;
- XV - colaborar no uso racional de materiais, insumos, medicamentos e equipamentos;
- XVI - preparar o adolescente para consultas, exames e tratamentos;
- XVII - auxiliar o médico ou enfermeiro na realização de exames e consultas;
- XVIII - executar e checar prescrições médicas, odontológicas e de enfermagem de acordo com os padrões, realizando as anotações necessárias;
- XIX - acompanhar o adolescente nos atendimentos de saúde;
- XX - executar ações de assistência relacionadas à internação, transferência e desinternação;
- XXI - registrar as atividades no livro de ocorrências;
- XXII - participar da passagem de plantão;
- XXIII - executar as atividades determinadas pelo Enfermeiro que não estejam aqui descritas, mas que façam parte de suas competências conforme estabelecido na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto n.º 94.406 de 8 de junho de 1987.

TÍTULO VIII

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 9º A Equipe de Enfermagem está subordinada à Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo, vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, órgão do Executivo Estadual responsável pela execução das medidas socioeducativas previstas no art. 112, incisos V e VI, da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, ou outra que vier a sucedê-la com as mesmas atribuições e quadro funcional, dessa forma a admissão,

avaliação e desligamento dos servidores seguirão as regras do Serviço Público do Estado do Paraná.

TÍTULO IX

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 10. Para Enfermeira/o, Auxiliares e Técnicas/os de Enfermagem a carga horária semanal é de 40 horas.

TÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11. O presente Regimento da equipe de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem.

Art. 12. O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

Art. 13. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ou por iniciativa do Enfermeiro responsável;

Art. 14. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pela/a enfermeira/o;

Art. 15. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os profissionais da enfermagem, sem qualquer exceção;

Art. 16. Este Regimento passa a vigorar a partir da publicação da Resolução.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011** – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987** – Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de Setembro de 1990** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986** – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

CAMPINAS. **Regimento de Enfermagem**. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 2014. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Regimento_Enfermagem.pdf.

COFEN. **Resolução nº 564, de 06 de Novembro de 2017** – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE

COREN-AL. **Manual Para Elaboração de Regimento Interno, Normas, Rotinas e Protocolos Operacionais (POP) Para a Assistência de Enfermagem**. Alagoas, 2018.

EBSERH. **Regimento da Divisão de Enfermagem**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/heikegmaraskin/Downloads/NOVO%20REGIMENTO%20(3).pdf

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Regimento de Enfermagem**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ghc.com.br/portalarh/files/arq_ptg_6_1_426.pdf

PARANÁ. **Resolução nº 265/2021** – Código de Normas e Procedimentos das Unidades de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná.

RIBEIRÃO PRETO. **Regimento de Enfermagem**. Prefeitura Municipal de Ribeirão

Preto – Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – Divisão de Enfermagem,
2020. Disponível em:
<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude894202209.pdf>.

Anexo II

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DA ENFERMAGEM

CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ

Paraná

2023

Lidia Ivone Ribas

Chefe da Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo

Luciana Mara Finger

Coordenadora da Divisão Psicossocial/Saúde

Diretor (a) do Cense

Enfermeira do Cense

ELABORAÇÃO

Darhtila Patrícia Zanon Miglioranza

Enfermeira Cense Toledo

COREN 139.608

Heike Graser Marasquin

Enfermeira Cense Joana Richa

COREN 52.414

Marta Aparecida Barbim

Enfermeira Cense Waldir Colli

COREN 89.805

Patricia Marques Yano Dezote

Cense Campo Mourão

COREN 59.192

I. INTRODUÇÃO

II. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

CAPÍTULO 1 – SEGURANÇA DAS MEDICAÇÕES

POP 1.1 – Segurança no preparo das medicações

POP 1.2 – Segurança na administração das medicações

POP 1.3 – Segurança no armazenamento das medicações

POP 1.4 – Controle do prazo de validade das medicações

CAPÍTULO 2 – ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

POP 2.1 – Administração de medicamentos via oral

POP 2.1.1 – Terapia de reidratação oral

POP 2.2 – Administração de medicamentos via intramuscular

POP 2.3 – Administração de medicamentos via subcutânea

POP 2.3.1 – Administração de Insulina

POP 2.4 – Administração de medicamentos via inalatória

POP 2.5 – Administração de medicamentos via ocular

POP 2.6 – Administração de medicamentos via otológica

POP 2.7 – Administração de medicamentos via endovenosa

POP 2.8 – Administração de medicamentos via tópica

POP 2.9 – Administração de medicamentos via sublingual

POP 2.10 – Administração de medicamentos via retal

POP 2.11 – Administração de medicamentos via intradérmica

POP 2.12 – Administração de medicamentos via vaginal

CAPÍTULO 3 – ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DE SINAIS VITAIS

POP 3.1 – Aferição da pressão arterial

POP 3.2 – Aferição da frequência cardíaca

POP 3.3 – Aferição da frequência respiratória

POP 3.4 – Aferição da temperatura corporal

POP 3.5 – Aferição de oximetria

CAPÍTULO 4 – ASSISTÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

POP 4.1 – Medida da estatura

POP 4.2 – Medida do peso corporal

POP 4.3 – Medida da circunferência abdominal

CAPÍTULO 5 – ASSISTÊNCIA NOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO

POP 5.1 – Coleta de urina para exame laboratorial

POP 5.2 – Coleta de amostra de fezes para exame laboratorial

POP 5.3 – Teste de Glicemia Capilar

POP 5.4 – Testes rápidos HIV/Sífilis/Hepatites B e C

CAPÍTULO 6 – ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS

POP 6.1 – Curativos

POP 6.2 – Aplicação de compressa quente

POP 6.3 – Aplicação de compressa fria

POP 6.4 – Troca de placa e bolsa de colostomia

CAPÍTULO 7 – PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

POP 7.1 – Higienização das mãos com sabonete líquido

POP 7.2 – Higienização das mãos com álcool à 70%

POP 7.3 – Limpeza e desinfecção de equipamentos

POP 7.4 – Limpeza e desinfecção de materiais

CAPÍTULO 8 – ASSISTÊNCIA NO ACOLHIMENTO DO(A) ADOLESCENTE

POP 8.1 – Acolhimento de enfermagem

CAPÍTULO 9 – ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA POR PCR

POP 9.1 – Reanimação cardiopulmonar (RPC)

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I – INTRODUÇÃO

Este instrumento é o resultado do esforço dos profissionais de enfermagem dos Centros de Socioeducação do Paraná e tem como propósito padronizar e sistematizar a assistência de enfermagem prestada aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação provisória ou internação, além de fornecer subsídios para implementação desta assistência nos Centros de Socioeducação.

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) é um documento que reúne informações detalhadas sobre os procedimentos desempenhados pela equipe de enfermagem, expressando o planejamento de um trabalho rotineiro e servindo de guia para realizar cada tarefa. Contempla a descrição dos procedimentos de forma clara, objetiva e sequencial, visando a uniformidade na execução da assistência da enfermagem.

Busca-se através deste manual, melhorar a qualidade do atendimento prestado, visando oferecer ao adolescente uma assistência de qualidade e excelência.

II. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

CAPÍTULO 1 – SEGURANÇA DAS MEDICAÇÕES

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM	
POP 1.1 SEGURANÇA NO PREPARO DAS MEDICAÇÕES	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Estratégia de vigilância visando a proteção da saúde individual e coletiva por meio do gerenciamento de risco.
2 OBJETIVOS:
Promover práticas seguras no processo de preparo de medicações, reduzindo erros e riscos aos adolescentes.
3 INDICAÇÃO
No preparo das medicações prescritas aos adolescentes.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool gel a 70%; • Álcool líquido a 70%; • Medicação; • Pote de medicação; • Caneta; • Prontuário; • Prescrição.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Higienizar as mãos;
- Higienizar a bancada com álcool a 70% antes de iniciar o preparo das medicações;
- Realizar o preparo das medicações com técnica asséptica;
- Manter o local de preparo das medicações em boas condições (organizado, limpo, bem iluminado, sem ruídos excessivos, com circulação restrita etc.);
- Utilizar a prescrição médica/odontológica vigente, no momento da separação e do preparo das medicações;
- Evitar interrupções durante o preparo das medicações;
- Ler atentamente a prescrição médica/odontológica, verificando cada medicamento a ser preparado e confirmando: nome do(a) adolescente, nome do medicamento (princípio ativo), dose, via, horário, registro de administração, ação certa, forma farmacêutica e monitoramento certo. (**nove certos**);
- Ficar atento aos pacientes homônimos, ou com nomes semelhantes;
- Ficar atento aos medicamentos com nome ou embalagens semelhantes;
- Identificar como “VO” via oral para soluções orais preparadas em seringas;
- Conferir os cálculos da dosagem (dupla checagem – um profissional faz os cálculos e outro profissional os confere);
- Atentar para a dosagem final, após a reconstituição e/ou a diluição da medicação;
- Utilizar a forma farmacêutica (apresentação) condizente à prescrição, à via de administração e à condição clínica do paciente;
- Não abrir cápsulas para a diluição e administração de seu conteúdo (por qualquer via). Nesses casos, sempre que possível, deve-se solicitar a apresentação adequada ou rever a prescrição médica/odontológica;
- Preparar os medicamentos individualmente – por adolescente e um medicamento por vez;
- Separar os medicamentos preparados em recipientes individuais;
- Verificar antecipadamente a disponibilidade de medicamentos prescritos;

- Providenciar os medicamentos não disponíveis em tempo hábil;
- Verificar sempre o prazo de validade dos medicamentos;
- Não preparar medicamentos com sinais de alterações físico-químicas ou de contaminação, como: alteração da cor original, presença ou formação de cristais, grumos em frascos de soluções, presença de fungos e corpos estranhos em frascos de soluções;
- Preparar os medicamentos (reconstituição e/ou diluição) imediatamente antes da sua administração (máximo de 1 h de antecedência);
- Medicamentos (sólidos ou líquidos) não devem ser misturados entre si, em uma mesma solução (na mesma seringa ou frasco), a menos que estejam prescritos dessa forma.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Estar sempre atento aos itens de verificação: medicação certa, hora certa, dose certa, paciente certo, registro certo e orientação certa, para garantir uma assistência segura.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 1.2 SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DAS MEDICAÇÕES

Elaboração	Grupo de Trabalho
------------	-------------------

Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Estratégia de vigilância visando a proteção da saúde individual e coletiva por meio do gerenciamento de risco.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Promover práticas seguras no processo de administração das medicações reduzindo erros e riscos aos adolescentes.
3 INDICAÇÃO
Na administração das medicações prescritas aos adolescentes.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> Álcool gel a 70%; Álcool líquido a 70%; Medicação; Pote de medicação; Caneta; Prontuário; Prescrição.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos; Conferir cada medicação a ser administrada com a prescrição vigente; Não administrar medicações reconstituídas ou diluídas, com prazo de estabilidade ou de validade vencidos; Observar alterações físicas das soluções injetáveis, como alteração da cor original, formação de cristais e precipitados em frascos de soluções. Em caso de dúvida, não administrar;

- Homogeneizar as soluções parenterais (por meio de movimentos circulares do frasco);
- Não utilizar na administração, a mesma agulha usada no preparo das medicações parenterais;
- Verificar sinais e sintomas sugestivos de reações adversas ou alérgicas imediatas a medicação administrada;
- Escolher o local recomendado para a aplicação e realizar a técnica adequada ao procedimento, segundo a via de administração e a medicação;
- Fazer o rodízio dos locais de aplicação das medicações injetáveis;
- Verificar o histórico de alergia do(a) adolescente;
- Confirmar o nome do(a) adolescente antes de administrar a medicação;
- Administrar as medicações individualmente, um(a) adolescente de cada vez;
- Administrar a medicação em ambiente iluminado e sem ruídos excessivos.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Estar sempre atento aos itens de verificação: medicação certa, hora certa, dose certa, paciente certo, registro certo e orientação certa, para garantir uma assistência segura.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 1.3 SEGURANÇA NO ARMAZENAMENTO DAS MEDICAÇÕES

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira
Data	

1 DEFINIÇÃO

Estratégia de vigilância visando a proteção da saúde individual e coletiva por meio do gerenciamento de risco.

2 OBJETIVOS

- Acondicionar as medicações de forma que não alterem suas propriedades físico-químicas, assegurando sua eficácia, segurança e qualidade, promovendo a organização e facilitando a distribuição e o controle de estoque.

3 INDICAÇÃO

No armazenamento das medicações prescritas aos adolescentes.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Álcool gel a 70%;
- Álcool líquido a 70%;
- Caixas organizadoras;
- Escada.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar no ato do recebimento, além dos quantitativos:
- A integridade das embalagens, isto é, se há embalagens com sinais de violação e/ou danificadas (caixas amassadas, frascos trincados, quebrados, vazamentos);

- Se há sinais de violação nos volumes;
- Se a validade do(s) lote(s) corresponde a no mínimo 75% do prazo de validade total do produto;
- Se os medicamentos injetáveis, aerossóis, cremes vaginais, soluções e suspensões orais estão acompanhados dos seus respectivos diluentes, aplicadores vaginais e dosadores graduados;
- Após a verificação, promover a guarda dos produtos imediatamente; caso não seja possível, dentro de um prazo máximo de 24h;
- O armazenamento deve ser realizado de forma que os produtos fiquem dispostos nos seus respectivos locais;
- Os medicamentos devem ser estocados separadamente de outros materiais, sempre que possível;
- Os medicamentos devem ser separados nas estantes por forma farmacêutica (comprimidos, injetáveis, soluções, suspensões, pomadas) e em ordem alfabética por princípio;
- Armazenar os medicamentos obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de fabricação, utilizando o Sistema P.V.P.S (primeiro que vence, primeiro que sai). Os medicamentos que vão vencer primeiro deverão ser armazenados à esquerda e à frente;
- Todas as áreas destinadas ao armazenamento de medicamentos e produtos para saúde devem ser mantidas constantemente limpas, sem acúmulo ou formação de pó, e livres de lixo, roedores, aves, insetos e quaisquer animais;
- A movimentação dos produtos deve ser realizada de forma cuidadosa para preservar a integridade;
- Não retirar os invólucros de sílica gel das embalagens;
- A estocagem deve permitir a fácil visualização para perfeita identificação dos medicamentos.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Cumprir na íntegra as etapas descritas neste POP, para garantir uma assistência segura.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 1.4 CONTROLE DE PRAZO DE VALIDADE DAS MEDICAÇÕES

Elaboração	Grupo de trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Estratégia de vigilância visando a proteção da saúde individual e coletiva por meio do gerenciamento de risco.

2 OBJETIVOS:

- Definir rotina operacional (identificação, segregação, acondicionamento e destinação) para controle de validade das medicações.

3 INDICAÇÃO

Para todo medicamento prescrito ao adolescente.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Álcool gel a 70%;
- Álcool líquido a 70%;
- Caixas organizadoras;
- Escada;
- Lixeiras.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- O controle de validade das medicações deverá realizado mensalmente por um profissional da enfermagem;
- Revisar as validades de todos os materiais e medicações constantes em suas respectivas listagens, com referência no mês corrente e nos três meses

seguintes.

- Ao final do mês, em data a ser especificada, os materiais e medicações com vencimento no mês vigente devem ser recolhidos dos armários e descartado em lixeira de resíduo químico;
- O controle de validade é realizado por verificação do estoque físico no setor da saúde;
- As medicações com data de validade próximos ao vencimento são separados em recipiente devidamente identificado e de fácil acesso e visualização para priorização na utilização;
- Não retirar os invólucros de sílica gel das embalagens;
- A estocagem deve permitir a fácil visualização para perfeita identificação das medicações;
- Quando a medicação a ser utilizada é uma apresentação farmacêutica de uso coletivo (apresentação em frasco), a qual tem seu uso superior a tratamento correspondente a 24 horas, ficará de responsabilidade da enfermagem no setor da saúde;
- As medicações vencidas ou impróprias para uso deverão ser descartadas em recipiente próprio devidamente identificado;
- Quando ocorre o recebimento de medicação que já tenha em estoque, a data de validade do mesmo deve ser comparada, caso seja, inferior ao já encontrado na caixa organizadora, o mesmo deverá ser trocado, seguindo o método PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai);
- É permitido utilizar medicações cuja posologia para o tratamento possa ser concluída dentro do prazo de validade.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Cumprir na íntegra as etapas descritas neste POP para garantir uma assistência segura

CAPÍTULO 2 – ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 1.5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
A administração por via oral é o método mais seguro. Os medicamentos para administração oral encontram-se disponíveis em várias apresentações: comprimidos, comprimidos com revestimento entérico, cápsulas, xarope, elixir, óleo, suspensão, pó, drágeas, grânulos.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Para adolescentes em que o tratamento por via oral seja considerado seguro e eficiente e que possam ingerir medicamentos pela via oral; • Adolescentes que não tenham dificuldade para deglutir; • Adolescentes orientados e lúcidos.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento conforme prescrição • Copo para medicações • Fita identificadora de medicação (com nome, alojamento, medicamento, dose, via e horário) ou caneta permanente para escrever no copo as identificações

<ul style="list-style-type: none"> • Água • Bandeja ou cuba rim.
<p>6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário; • Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, no mínimo três vezes, verificando a data de validade e possíveis alterações no medicamento; • Colocar a medicação em copo descartável, de acordo com dosagem prescrita, identificando-o com o nome do paciente, o número do alojamento e o nome do medicamento com dose, via e horário de administração; • Levar o medicamento até o alojamento do(a) adolescente em uma bandeja; • Verificar se o nome do(a) adolescente confere com a prescrição, esclarecendo-o sobre a medicação que será administrada e certificar-se de possíveis reações alérgicas anteriores; • Oferecer água para ajudar na deglutição; • Permanecer ao lado do(a) adolescente até que este degluta todo o medicamento, certificando-se da deglutição; • Higienizar as mãos; • Checar o medicamento no prontuário e anotar qualquer intercorrência.
<p>7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns comprimidos podem ser macerados e misturados à água; • Comprimidos com revestimentos protetores estomacais devem ser tomados inteiros; • Não é possível controlar totalmente a quantidade de medicamento absorvido pelo organismo; • É uma via lenta, quanto à absorção; • Está contraindicada para adolescentes com dificuldades de deglutição.
<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</p> <p align="center">ENFERMAGEM</p>

POP 2.1.1 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquidos e eletrólitos.

2 OBJETIVOS

- Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

3 INDICAÇÃO

Aos adolescentes com episódios de vômitos ou diarreia aguda.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Envelope de soro de reidratação de oral – SRO
- Água filtrada ou fervida (fria)
- Jarra ou garrafa de 1 litro (plástica com tampa)
- Copo descartável

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Reunir material;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica;
- Higienizar as mãos;
- Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água filtrada ou fervida (fria);
- Ofertar ao adolescente em curtos intervalos;
- Solicitar reavaliação do(a) adolescente após término da terapia;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a correta

<p>segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; • Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
--

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

<ul style="list-style-type: none"> • A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente; • A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação; • Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg de peso para ser administrado no período de 4-6 horas • Não apresentando melhora do quadro, solicitar avaliação médica. • Considerar orientações descritas no cartaz “Manejo do paciente com diarreia” do MS, atualizado em 10/02/2022.
--

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

É a aplicação de medicamento no tecido muscular, devendo-se levar em conta: massa muscular suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do paciente, irritabilidade da droga e distância em relação a vasos e nervos importantes, na escolha do local para a aplicação.

2 OBJETIVOS

<ul style="list-style-type: none"> • Promover a absorção sistêmica de medicamentos por via parenteral; • Obter uma absorção mais rápida do que pela via enteral e subcutânea; • Aplicar os medicamentos contra-indicados por outra via.
--

3 INDICAÇÃO
Adolescentes com indicação ou necessidade de aplicação de medicamentos e vacinas pela via intramuscular.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja ou cuba rim • Algodão embebido em álcool a 70% • Seringa descartável compatível com o volume a ser aplicado (1, 3 ou 5 ml) • Agulha com comprimento e calibre adequados (a escolha dependerá da solução, local de aplicação e idade) e com sistema de segurança; • Medicação ou medicações prescritas a serem preparadas e aspiradas; • Caixa rígida de pérfuro-cortante, para desprezar o material.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao adolescente; • Higienizar as mãos • Reunir os materiais, preparar a medicação; • Posicionar o cliente de acordo com o local de aplicação: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Deltóide</u> – sentado ou em pé <input checked="" type="checkbox"/> <u>Vasto Lateral da Coxa</u> – deitado em decúbito dorsal ou em pé <input checked="" type="checkbox"/> <u>Dorsoglúteo ou ventroglúteo</u> – deitado em decúbito ventral ou lateral ou em pé <input type="checkbox"/> Delimitar o local de aplicação de acordo com o músculo: <input checked="" type="checkbox"/> Deltóide – localizar e delimitar o processo acromial, medir 2 a 3 dedos (2,5 a 5 cm abaixo). Aplicar na região central do músculo. <input checked="" type="checkbox"/> Vasto Lateral da Coxa - dividir a coxa lateralmente em 3 partes, tomando como referência o trocanter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio. <input checked="" type="checkbox"/> Dorsoglúteo – traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca posterior superior até o grande trocanter do fêmur e fazer aplicação intramuscular

acima dessa linha. Ou dividir a nádega em quadrantes traçando uma linha horizontal do trocanter do fêmur até as vértebras sacrais, e uma linha vertical da crista ilíaca até a parte central do sulco infraglúteo. Aplicar no quadrante supralateral.

- ☑ **Ventroglúteo** - colocar a mão não dominante no quadril contralateral do cliente (mão esquerda no quadril direito) apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ilíaca anterossuperior e o dedo médio acima da crista ilíaca, espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur, formando um triângulo invertido em “V”. Aplicar no triângulo formado, ou seja, entre os dedos.
- Proceder a antissepsia na região delimitada da pele com o algodão embebido em álcool 70%, em movimentos únicos, com a mão dominante e esperar secar espontaneamente.
 - Segurar o algodão com os dedos mínimo e anelar da mão não dominante;
 - Segurar a seringa, horizontalmente, com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante;
 - Distender a pele com o dedo polegar e o indicador da mão dominante e firmar o músculo;
 - Introduzir a agulha no músculo com movimento firme e suave, em ângulo de 90° ou menos em relação a pele, com a mão dominante;
 - Soltar o músculo;
 - Tracionar o êmbolo com a mão dominante e observar se há retorno de sangue;
 - Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão dominante;
 - Aguardar de 3 a 5 segundos e retirar a seringa com movimento rápido e firme. Acionar o dispositivo de segurança da agulha;
 - Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia;
 - Recolher os materiais;
 - Organizar a mesa de medicação;

- Dar destino adequado aos materiais e encaminhar aos descartáveis;
- Higienizar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Proceder às anotações de enfermagem constando: identificação, apresentação, dose e via do medicamento, local de aplicação e presença de lesões e de secreções e ocorrências adversas (locais e sistêmicas) e as medidas tomadas.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Realizar rodízios dos locais para evitar lipodistrofias;
- Não misturar medicamentos distintos na mesma seringa para serem administrados;
- Escolher os locais de aplicação, de acordo com a idade, o peso, o desenvolvimento muscular, a quantidade do tecido subcutâneo e o tipo do medicamento.
- Utilizar o método em “Z” em clientes que recebem injeções por período prolongado e para a aplicação de certos agentes, como o ferro. Esse método vem sendo recomendado para o uso de todas as injeções intramusculares. Esse procedimento se refere ao deslocamento (esticar) da pele até 4 cm com o dedo polegar ou indicador da mão dominante, antes de aplicar a medicação, que é mantido até a retirada da agulha da pele.
- **NÃO REENCAPAR AGULHAS.**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA

Elaboração	Enfermeira Heike Graser Marasquin
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

2 OBJETIVOS

- Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

3 INDICAÇÃO

Sempre que houver indicação para que o medicamento seja absorvido de forma lenta ou o medicamento não tenha outra opção de via de administração.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Bandeja ou cuba rim
- Algodão seco ou embebido em álcool 70%
- Álcool a 70%
- Medicamento prescrito
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento
- Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5)
- Seringa de 1 ml.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Ler a prescrição verificando atentamente o nome do medicamento prescrito (droga certa), a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa) e via de administração.
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo(a) adolescente ou responsável, provenientes de outros locais, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outros quesitos;
- Reunir o material necessário;
- Higienizar as mãos
- Levar a bandeja ou cuba rim para perto do(a) adolescente;
- Conferir a identificação do(a) adolescente;
- Orientar sobre o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher o local da administração;
- Realizar antissepsia da pele;
- Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;
- Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a agulha com movimento único e firme;
- Fazer leve compressão local com algodão;
- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme Resolução COFEN N°429/2012.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado
 - NÃO REENCAPAR A AGULHA UTILIZADA.**

7- RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

ATENÇÃO AOS NOVE CERTOS:

- Orientação certa;
- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Validade certa;
- Dose certa;
- Via certa;
- Hora certa;
- Armazenamento certo;
- Registro certo.

CONFIRA SEMPRE:

- O rótulo da medicação, realizando três leituras certas da medicação:
 - PRIMEIRA LEITURA:** Antes de retirar o frasco ou ampola do armário de medicamentos.
 - SEGUNDA LEITURA:** Antes de aspirar o medicamento do frasco ou ampola.
 - TERCEIRA LEITURA:** Antes de desprezar o frasco ou ampola no coletor adequado.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos;
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;
- Preparar o medicamento a ser administrado, se possível, na presença do paciente;
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do

farmacêutico ou do enfermeiro;

4. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
5. Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride.
6. Locais de aplicação: região deltóide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;
7. Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
8. Realizar rodízio nos locais de aplicação.
9. A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção

Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.3.1 ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
É o ato de preparar e administrar o medicamento (insulina) por via subcutânea para obtenção de absorção lenta e contínua.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Padronizar as condutas relacionadas às técnicas de aplicação de insulina; • Relacionar os procedimentos necessários para a administração de insulina; • Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos; • Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de pacientes com Diabetes tipo I e em alguns casos do tipo II; • Quadros de hiperglicemia.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Agulha de aspiração; • Álcool a 70%; • Algodão; • Frasco de Insulina Regular, NPH ou outra insulina prescrita, com identificação padrão; • Gaze simples; • Máscara cirúrgica descartável; • Seringa de insulina com agulha 13x4,5.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Conferir na prescrição médica a dosagem a ser administrada e reunir o material; • Higienizar as mãos; • Homogeneizar a Insulina NPH, rolando o frasco entre as mãos, bem devagar. No caso da Insulina Regular não é necessário;

- Fazer antissepsia da tampa do frasco de insulina com gaze e álcool a 70%;
- Retirar o protetor da agulha de aspiração e puxar o êmbolo da seringa até a marca que indica a quantidade de insulina que deverá ser administrada;
- Injetar no frasco de insulina a quantidade de ar referente à dose a ser aspirada;
- Aspirar a quantidade de insulina prescrita;
- Acoplar a agulha 13x4.5 da seringa de insulina;
- Higienizar as mãos
- Levar o material para próximo do(a) adolescente;
- Explicar o procedimento ao adolescente;
- Fazer antissepsia, com algodão embebido em álcool a 70%, do local escolhido para aplicação;
- Retirar o protetor de agulha;
- Fazer uma prega no local com os dedos polegar e indicador e introduzir a agulha;
- Soltar a prega puxando o êmbolo, observando se refluí sangue, caso em que não deverá ser aplicada, reiniciando o processo;
- Injetar a insulina, se não refluir sangue;
- Retirar a agulha e comprimir o local com algodão seco;
- Descartar o material em local adequado;
- Manter o ambiente limpo e organizado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do(a) adolescente.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Caso seja necessário tocar em ambientes e superfícies antes de tocar o paciente, deve-se higienizar as mãos;
- Não massagear o local, após a aplicação da insulina;
- Locais de aplicação da insulina: superfície externa dos braços, face anterior das coxas, face anterior e externa da parede abdominal, áreas laterais das costas (logo acima das nádegas);

- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina a cada 7 dias;
- Dar um espaço de 2 cm entre um local de aplicação e outro;
- Manter a insulina na geladeira (entre 2 e 8 °C);
- Após aberto, o frasco de insulina deve ser identificado com a data de abertura e tem duração máxima de 30 dias.
- Antes de aspirar a insulina, deve-se introduzir no frasco a mesma quantidade de ar que a prescrita de insulina, isso impede a formação de vácuo, facilita a aspiração e promove a retirada correta da dose.
- Caso seja necessário administrar a insulina regular concomitante a NPH, deve-se aspirar primeiro a regular;
- Observar a coloração, consistência e aspecto das medicações.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 2.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Umidificar as vias aéreas; • Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração; • Manter a permeabilidade da via aérea.

3 INDICAÇÃO
Para tratamento das doenças respiratórias conforme prescrição médica.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Máscara para nebulização; • Copo nebulizador; • Extensão de látex (chicote); • Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança; • Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário); • Solução de diluição prescrita; • Medicamento prescrito; • Fonte de ar comprimido (aparelho de inalação).
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário; • Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição); • Conectar o copo nebulizador a extensão de látex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio; • Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito; • Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento; • Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto; • Comunicar ao prescritor que o procedimento findou-se caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento; • Desconectar o copo da extensão de látex (chicote) acoplado ao fluxômetro e

colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;

- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Observar continuamente alterações orgânicas que possam estar relacionadas ao fármaco administrado.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 2.5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA OCULAR

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Consiste na aplicação de colírios e pomadas oftálmicas nos olhos.

2 OBJETIVOS

- Prevenir, proteger, aliviar sintomas e tratar;

<ul style="list-style-type: none"> Lubrificar os olhos.
3 INDICAÇÃO
Clientes com predisposição, suspeita ou diagnóstico das afecções oftalmológicas;
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> EPI: luvas de procedimento; Bandeja ou cuba rim; Colírio ou pomada oftálmica; Gazes ou lenços descartáveis.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Informar ao paciente e acompanhante do procedimento e a sua finalidade; Higienizar as mãos; Reunir materiais necessários e encaminhar a unidade do paciente; Colocar o paciente na posição sentada ou decúbito dorsal; Calçar as luvas de procedimentos, se necessário; <p>Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso;</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicar o medicamento: <p>7.1. Colírio</p> <ul style="list-style-type: none"> Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior; Orientar o cliente a olhar para cima e para o lado externo; Puxar a pálpebra com a mão não dominante, instilar as gotas prescritas a distância de 1 a 2 cm; Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras; Repetir os passos no outro olho; Remover o excesso da medicação no canto do olho externo, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis;

- Solicitar ao cliente que permaneça com os olhos fechados por 3 minutos.

7.2. Pomada oftálmica:

- Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a pontas;
- Orientar o cliente a olhar para cima;
- Puxar a pálpebra inferior com a mão não dominante;
- Aplicar uma pequena quantidade de pomada ou longo da borda do saco conjuntival, a partir da comissura palpebral interna;
- Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras;
- Repetir os passos no outro olho;
- Solicitar que o cliente movimente os olhos em círculos com as pálpebras fechadas;
- Repetir os passos no outro olho;
- Remover o excesso da medicação no canto do olho externo, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
- Recolher os materiais;
- Retirar as luvas;
- Recompôr a unidade do cliente e colocá-lo numa posição confortável;
- Dar destino adequado aos materiais;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição;
- Proceder as anotações de enfermagem, constando identificação do medicamento, apresentação, dose, via e local de aplicação, presença de lesões, secreções, ocorrências adversas (locais ou sistêmicas) e as medidas tomadas.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Não encostar o recipiente da medicação no olho do paciente;
- Medicação ocular é exclusiva de cada paciente;
- O preparo e acondicionamento das medicações são de responsabilidade da

enfermagem, mantendo-a em locais limpos e secos e sem umidade;

- No caso do paciente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, pingar primeiro o colírio e, após 5 minutos, fazer uso da pomada.
- Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área tratada;
- Manter os frascos de colírio sempre bem fechados e identificados com nome do(a) adolescente e data da abertura.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.6 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OTOLÓGICA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
É a aplicação de medicação no interior do canal auditivo.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento por ação local, conforme prescrição médica; • Aliviar a dor, reduzir a infecção ou a inflamação, entre outros efeitos terapêuticos
3 INDICAÇÃO
Em atendimento a prescrição médica.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Algodão; • Gaze; • Soro fisiológico; • Bandeja; • Álcool líquido a 70%; • Álcool gel a 70%; • 01 par de luvas de procedimento; • Medicação conforme prescrição; • Conta gotas ou dosador específico; • Prescrição; • Caneta; • Prontuário.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a prescrição; • Higienizar as mãos; • Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja; • Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das

medicações”;

- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento, se necessário;
- Colocar o(a) adolescente sentada ou deitada, com a cabeça inclinada lateralmente;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lobo para cima e para fora (em pacientes adultos) ou para baixo e para trás (em crianças);
- Instilar a quantidade de gotas prescritas, segurando o conta-gotas 1 cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocar o frasco no(a) adolescente;
- Solicitar para o(a) adolescente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 min;
- Repetir o procedimento no lado contrário, se estiver prescrito;
- Recolher o material e coloque-o na bandeja;
- Retire as luvas de procedimento, se as tiver calçado.
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos com água e sabão (se sujidade visível) e/ou álcool gel 70%;
- Registrar o procedimento realizado, checar e rubricar na prescrição médica.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- As medicações devem ser instiladas a temperatura ambiente. Soluções frias em contato com o tímpano podem causar dor ou vertigem.
- Anotar qualquer intercorrência antes, durante e após a administração do medicamento, bem como observar e registrar possíveis reações alérgicas.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 2.7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

É a administração de uma solução estéril na veia, diretamente na circulação sanguínea. Pode ser feito por acesso periférico ou central.

2 OBJETIVOS

- Promover a técnica correta para administração de medicação via endovenosa, de forma efetiva e livre de iatrogenia.
- Garantir acesso rápido ao sistema circulatório.

3 INDICAÇÃO

Sempre que houver indicação para que o medicamento ou solução seja absorvido de imediato e por completo.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Algodão;
- Bandeja;
- Álcool líquido a 70%;
- Álcool gel a 70%;
- Seringa de acordo com o volume;
- Agulha;
- Garrote;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Medicação conforme prescrição;
- Prescrição;
- Caneta;

- Prontuário.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja;
- Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Puncionar acesso venoso;
- Checar permeabilidade do acesso venoso;
- Conectar a seringa que contém a medicação ao acesso venoso;
- Tracionar o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
- Injetar a medicação lentamente;
- Se for necessário manter o acesso, injetar 10ml soro fisiológico a 0,9%, preenchendo o extensor e fechando com o oclisor;
- Caso contrário, retirar o acesso;
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário, checar e rubricar na prescrição.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Se infiltração tecidual, trocar via de acesso;
- Se contaminação, repetir o procedimento;
- Se efeito colateral: avaliar a queixa do paciente e comunicar ao enfermeiro/médico com urgência;

- Durante a infusão da medicação endovenosa, podem ocorrer reações pirogênicas ou bacterianas, sendo importante a observação de manifestações clínicas, como: calafrios intensos, elevação de temperatura, sudorese, pele fria, hipotensão, cianose de extremidades e/ou labial, levando à uma abrupta queda do estado geral do paciente, e devem cessar logo que interrompida.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos localmente, mais frequentemente na pele íntegra. A medicação é absorvida através da camada epidérmica da pele.

2 OBJETIVOS

- Utilizar a pele íntegra para absorver o medicamento e acarretar efeitos locais;
- Aplicar a técnica correta para a administração de medicamentos na pele.

3 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Algodão;
- Bandeja;
- Álcool líquido a 70%;
- Álcool gel a 70%;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Medicação conforme prescrição;
- Prescrição;
- Caneta;
- Prontuário.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja;
- Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação;
- Expor a área para aplicação da medicação, fazer higiene local, se necessário;
- Colocar o medicamento em uma gaze, na quantidade suficiente;
- Fazer uma massagem delicada na pele a ser tratada, até o completo desaparecimento (no caso dos cremes) ou até que o produto tenha sido bem espalhado sobre a superfície da pele a ser tratada;
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos com água e sabão (se sujidade visível) e/ou álcool gel 70%;

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro e/ou médico.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 2.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
É uma forma de administrar medicamentos onde o comprimido ou líquido é colocado debaixo da língua, sendo absorvido rapidamente para a corrente sanguínea. Esta via é muitas vezes utilizada para administrar medicamentos em situações de urgência. É também uma opção para administrar substâncias que são alteradas ou degradadas pelo sistema digestório.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar o medicamento prescrito por via sublingual de forma correta.
3 INDICAÇÃO
Em atendimento a prescrição médica.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Algodão; • Bandeja; • Álcool líquido a 70%; • Álcool gel a 70%;

- 01 par de luvas de procedimento;
- Medicação conforme prescrição;
- Prescrição;
- Caneta;
- Prontuário.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja;
- Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o comprimido embaixo da língua do(a) adolescente;
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos com água e sabão (se sujidade visível) e/ou álcool gel 70%;
- Registrar o procedimento realizado, checar e rubricar na prescrição médica.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Pode-se pedir ao paciente colocar ele próprio, com orientação e supervisão de enfermagem, o medicamento sublingual;
- Enquanto o paciente estiver com o medicamento na boca, ele deve ser orientado a não falar, ingerir líquidos ou alimentos.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 2.10 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

É a introdução de um medicamento no reto, através de supositórios, soluções ou pomadas.

2 OBJETIVOS

- Promover a técnica correta para a administração de medicação via retal.

3 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Bandeja;
- Álcool líquido a 70%;
- Álcool gel a 70%;
- 01 par de luvas de procedimento;

- Papel higiênico;
- Forro impermeável ou toalha;
- Gaze;
- Medicação conforme prescrição (supositório ou clister medicamentoso);
- Prescrição;
- Caneta;
- Prontuário

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja;
- Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o(a) adolescente em decúbito lateral ou posição de Sims, colocando o forro sob o(a) adolescente;
- Com o polegar e indicador da mão não dominante entreabrir as nádegas, avaliar necessidade de higiene prévia a introdução do medicamento, caso necessário, realizar a higienização;
- Introduzir o supositório ou clister no reto delicadamente com o auxílio da gaze e pedir para o(a) adolescente que o retenha;
- Manter o(a) adolescente deitada por mais alguns minutos;
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos com água e sabão e álcool gel 70%;
- Registrar o procedimento realizado, checar e rubricar na prescrição médica.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Caso haja resistência na introdução do supositório, não forçar a entrada. Interromper o procedimento e comunicar enfermeiro e/ou médico;
- Observar sinais e sintomas de reações adversas.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 2.11 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
É a injeção administrada entre a derme e a epiderme.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a técnica correta para administração de medicação por via intradérmica.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Em atendimento a prescrição médica. • Teste de sensibilidade ou hipersensibilidade e prova tuberculínica.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Algodão seco;
- Bandeja;
- Álcool líquido a 70%;
- Álcool gel a 70%;
- Seringa de 1 ml;
- Agulha 13x0,45 ou 13x0,45;
- Medicação conforme prescrição;
- Prescrição;
- Caneta;
- Prontuário.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Verificar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja;
- Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Posicionar o(a) adolescente e expor somente a área de aplicação (face anterior do antebraço);
- Higienizar as mãos;
- Realizar a antisepsia do local escolhido, com algodão seco;
- Segurar firmemente com a mão não dominante o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
- Introduzir somente o bisel da agulha paralelamente à pele, com um ângulo de 15º, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
- Injetar lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até completar a dose, o que deverá produzir uma pápula;
- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- Não friccione o local da pápula com algodão ou outro material;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;

- Orientar o(a) adolescente para não coçar ou esfregar o local;
- Desprezar os resíduos em lixeira própria;
- Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário, checar e rubricar na prescrição.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- A antissepsia com álcool 70% não deve ser utilizada em caso de vacina BCG ou testes de sensibilidade (BRASIL. 2014)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 2.12 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

É o ato de administrar medicamentos via intravaginal sob a forma de comprimidos, geleias, cremes ou pomadas.

2 OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para a absorção do medicamento de uso local.

3 INDICAÇÃO

Tratar ou prevenir processos inflamatórios e infecções.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Álcool líquido a 70%; • Álcool gel a 70%; • 01 par de luvas de procedimento; • Medicação conforme prescrição; • Aplicador vaginal; • Espéculo vaginal caso seja necessário; • Foco de luz auxiliar; • Prescrição; • Caneta; • Prontuário.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a prescrição; • Higienizar as mãos; • Preparar material necessário e adequá-lo na bandeja; • Preparar a medicação conforme POP 1.1 “Segurança no preparo das medicações”; • Explicar o procedimento para a adolescente, certificando-se que a mesma entendeu e tem autonomia suficiente para a auto aplicação. Permitir que a mesma manipule o aplicador usado para treinamento. • Preparar o aplicador e acondicioná-lo em uma cuba rim com identificação completa; • Disponibilizá-lo para entrega pela equipe do noturno; • Desprezar os resíduos em lixeira própria; • Higienizar as mãos.
7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Se houver resistência na introdução do aplicador ginecológico ou a paciente

relatar sentir dor no local, interromper o procedimento e comunicar o médico;

- Se a medicação prescrita for em comprimido ou em cápsulas, deve-se calçar as luvas de procedimento e introduzir as medicações o mais profundo que conseguir.
- Evitar exposição inadequada da adolescente.

CAPÍTULO 3 – ASSISTÊNCIA NO CONTROLE DE SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 3.1 AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Aferição da pressão arterial sistêmica sistólica e diastólica (PA) pelo método indireto com técnica auscultatória.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar no esclarecimento do diagnóstico e na indicação do tratamento; Detectar alterações no funcionamento cardiovascular; Acompanhar a curva de variação da pressão arterial sistêmica.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Triagem inicial do(a) adolescente com a finalidade de detecção precoce de alterações cardiovasculares; Acompanhamento/monitoramento sempre que necessário.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o), Técnica(o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esfigmomanômetro calibrado aneroide e com manguito de tamanho adequado <input type="checkbox"/> Estetoscópio <input type="checkbox"/> Algodão embebido em álcool 70%
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos; Faça a limpeza das olivas, seguida da campânula do estetoscópio, com bolinhas de algodão embebidas em álcool 70% ou solução desinfetante em uso; Conferir o nome do(a) adolescente; Identificar-se para o(a) adolescente; Explicar o procedimento ao paciente; Posicionar o paciente, sentado ou deitado conforme condições clínicas. Caso o paciente encontra-se deitado deve-se posicionar seu braço apoiando sob um travesseiro para que fique no nível do coração; Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olecrano;

- Selecionar material, inclusive manguito, de acordo com a circunferência braquial (tabela 1);
- Colocar o manguito 2 ou 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- Centralizar o meio do manguito sobre a artéria braquial, com a braçadeira totalmente desinflada;
- Estimar o nível da Pressão Arterial Sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial* (ver quadro 2);
- Fechar a válvula do bulbo do manguito;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da PAS obtido pela palpação no pulso radial;
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo). Ao fazer a desinflação do manguito, após um período de silêncio ocorrerá o som inicial, (primeiro som ou fase I de Korotkoff) seguido de batidas regulares. Este é o pico da pressão arterial (pressão arterial máxima) que ocorre durante a contração cardíaca (sístole). Assim, determine a PAS;
- Faça um aumento ligeiro da velocidade de deflação, e continue ouvindo as batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD) ou PA mínima, quando ocorrer o desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff)*. Se os batimentos persistirem até o nível zero, (comum em gestantes), determine a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero;
- Acompanhar o ponteiro e após 10 a 20 mm Hg do último som auscultado, solte o ar rapidamente;
- Repetir o procedimento após um intervalo mínimo de 1 minuto;
- Fazer as orientações pertinentes;
- Registrar o procedimento no prontuário.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

Os erros que acontecem durante a verificação da pressão arterial são basicamente devidos a problemas com o equipamento ou com a técnica.

ERROS DEVIDOS AO EQUIPAMENTO:

1. Sistemas inadequadamente calibrados ou testados;
2. Defeitos do esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio: orifício de ar obstruído, calibração alterada, manguito incompletamente vazio, tubulação defeituosa, sistema de flação ou válvula de escape, mercúrio, insuficiente no reservatório ou indicador zero errado;
3. Tamanho da braçadeira em desacordo com o do braço;
4. Circunferência do membro em relação à variação da largura da braçadeira maior ou menor que 2,5 produz leituras de pressão indireta falsamente altas ou baixas respectivamente.

ERROS DEVIDOS A TÉCNICA:

1. Braços sem apoio dão pressões falsamente altas;
2. Examinador posiciona o instrumento ao nível acima ou abaixo do coração ou comprime o estetoscópio demasiado firme sobre o vaso;
3. Examinador apresenta preferência por números pares;
4. Mãos do examinador e equipamento frios provocam aumento da pressão sanguínea;
5. Sistema acústico danificado;
6. A interação entre examinado e examinador pode afetar a leitura da pressão arterial.

Quadro 1- Escolha do material e Preparo do paciente

ESCOLHA DO MATERIAL	DO	PREPARO DO PACIENTE	POSICIONAMENTO
Certifique-se	que o	1- Explicar o procedimento ao	Conforme o estado

<p>esfigmomanômetro esteja calibrado e o tamanho do manguito seja adequado ao braço (ver tabela 1).</p>	<p>paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.</p> <p>2-Certificar-se de que o paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - NÃO está com a bexiga cheia; - NÃO praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; - NÃO ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos (que tipo de alimentos??); - NÃO fumou nos 30 minutos anteriores 	<p>clínico, mas preferencialmente sentado:</p> <p><u>Sentado</u>: com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; O braço deve estar na altura do coração, (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido e as roupas não devem garrotear o membro. (Figura 2)</p> <p><u>Deitado (supino)</u>: Braço apoiado na altura do coração com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro; Pernas descruzadas.</p> <p><u>-Condições especiais:</u></p>
---	--	--

		Diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada: Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos.
OBS: A hipotensão ortostática definida como a redução da PAS > 20 mmHg ou da PAD > 10 mmHg, quando uma pessoa assume a posição de pé ou mesmo realiza alongamento com inclinação.		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM

POP 3.2 AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Contagem da frequência e descrição das características do pulso por minuto.

2 OBJETIVOS

- Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e a definição do tratamento;
- Detectar alterações no funcionamento cardíaco, vascular e metabólico;
- Acompanhar a curva de variação da frequência cardíaca;
- Aferir as frequências e características do pulso e da respiração, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

3 INDICAÇÃO

- Triagem inicial do(a) adolescente com a finalidade de detecção precoce de alterações cardiovasculares;
- Acompanhamento/monitoramento sempre que necessário.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Caneta;
- Estetoscópio;
- Cronômetro ou relógio;
- Algodão;
- Álcool gel a 70%;
- Álcool líquido a 70%;

- Prontuário do(a) adolescente.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

Verificação de Pulso Apical

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Colocar o(a) adolescente sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio;
- Expor a região torácica;
- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3° a 5° espaço intercostal à direita);
 - Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);
 - Observar o ritmo e contar os batimentos durante 60 segundos;
 - Higienizar as mãos;
 - Registrar a frequência cardíaca e as características dos batimentos no prontuário.

Verificação de Pulso Periférico

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Colocar o(a) adolescente sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
- Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio;
- Colocar seu primeiro e segundo dedo sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente. Geralmente as artérias escolhidas são a radial, braquial, carótida, femoral, poplítea e pediosa;
- Contar os batimentos arteriais durante 60 segundos;

- Determinar frequência, ritmo e amplitude do pulso;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a frequência cardíaca e as características do batimento no prontuário.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Verificar o pulso apical, posicionando o diafragma do estetoscópio no ápice do coração (abaixo do mamilo esquerdo a altura do quinto espaço intercostal).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 3.3 AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
É o número de incursões respiratórias realizadas por uma pessoa em um minuto (rpm), momento em que ocorre a troca de dióxido de carbono por oxigênio.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a frequência respiratória com precisão para obtenção de parâmetros fidedignos e proporcionar assistência adequada e intervenção imediata.
3 INDICAÇÃO
A medida da frequência respiratória deve ser realizada em toda avaliação de saúde.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem.
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Caneta • Estetoscópio • Cronômetro ou relógio • Algodão • Álcool gel a 70%

- Álcool líquido a 70%
- Prontuário do(a) adolescente

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento para o(a) adolescente;
- Colocar a mão no pulso do paciente simulando a verificação do pulso;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a frequência respiratória e suas características no prontuário.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Considerando que há a tendência de qualquer pessoa, controlar sua respiração voluntariamente ao sentir que está sendo observada, alterando os valores respiratórios, recomenda-se fazer a contagem da FR após a realização da aferição do pulso ou enquanto faz-se “ausculta” cardíaca com estetoscópio.
- Considerando que a FR pode ter possível o controle voluntário, NÃO se deve jamais contar em 15 segundos ou trinta e fazer multiplicação para alcançar valor em um minuto).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 3.4 AFERIÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
A temperatura corporal reflete o balanceamento entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Determinar a temperatura corporal do usuário; Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem e auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do estado geral do paciente; Rastreamento de pessoas com aumento de temperatura que possa ser indicativo de infecção por Covid-19.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Para verificação da temperatura axilar, oral ou anal: termômetro digital e bolinhas de algodão embebidas em álcool 70%;
- Para verificação da temperatura temporal: termômetro infravermelho e algodão embebidas em álcool 70%;

6 - DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA NA REGIÃO AXILAR:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento para o adolescente ;
- Fazer a limpeza do termômetro utilizando algodão embebido em álcool a 70% com três fricções;
- Ligue o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
- Proceder à limpeza do termômetro antes e depois de cada aferição utilizando algodão embebido em álcool a 70%;
- Posicionar o termômetro na região axilar e solicitar que a paciente permaneça com o membro superior junto ao tórax;
- Aguardar o tempo de espera que será indicado pelo alarme sonoro do próprio termômetro;
- Efetuar a leitura da temperatura no visor;
- Desligar o termômetro;
- Repetir o procedimento de limpeza com álcool 70%;
- Conduzir o caso conforme protocolos clínicos vigentes.

TÉCNICA VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA NA REGIÃO TEMPORAL:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento para o adolescente;
- Ligar o termômetro pressionando o botão;
- Liga/Desliga. Um sinal sonoro será emitido;
- Verificar no visor se o ícone está piscando. Se sim, o termômetro estará pronto para mensuração;

- Posicionar o sensor a cerca de 1 cm da testa deslocando gradativamente para região temporal;
- Pressionar o botão START uma vez e depois solte-o;
- Decorridos 3 segundos, será emitido um sinal sonoro longo a indicar que a medição está concluída;
- Efetuar a leitura da temperatura no visor;
- Desligar o termômetro pressionando ligeiramente o botão liga/desliga;
- Conduzir o caso conforme protocolos clínicos vigentes;
- Higienizar as mãos;
- Aguardar por pelo menos dois minutos para nova mensuração, pois obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas.

Obs. Embora o termômetro digital infravermelho de testa permite que se faça verificação da temperatura corporal em qualquer parte do corpo livre de roupas (procedimento bastante utilizado atualmente para rastreamento em portarias de locais públicos). Os valores podem não ser fidedignos, uma vez que se distanciam da zona central e servem apenas para rastreamento.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

No curso de um estado de febre, a temperatura sempre deve ser medida com o mesmo aparelho e no mesmo lugar, a fim de permitir a comparação de resultados no decorrer do tempo.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM	
POP 3.5 AFERIÇÃO DE OXIMETRIA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Técnica não invasiva, que mede de modo indireto a concentração de oxigênio no corpo. O monitor do oxímetro de dedo exibe a porcentagem de hemoglobina arterial e os batimentos cardíacos por minuto
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a oxigenação do paciente e otimizar os cuidados prestados, minimizando o potencial de episódios de hipóxia.
3 INDICAÇÃO
A aferição da oximetria deve ser realizada em toda avaliação de saúde.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Caneta • Oxímetro • Algodão • Álcool gel a 70% • Algodão líquido a 70% • Prontuário do(a) adolescente
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higienização das mãos; • Explicar o procedimento para o(a) adolescente; • Verificar se as unhas estão sem esmalte e dedos limpos, secos e aquecidos; • Higienizar o sensor do oxímetro com álcool 70% e aguardar secar; • Colocar o sensor do oxímetro no dedo médio alinhando-o ao sensor de luz; • Manter a mão do dedo a ser examinada ao nível do coração; • Realizar a leitura da saturação e da frequência cardíaca; • Higienizar o sensor e guardar o material usado; • Higienizar as mãos; • Registrar os valores verificados no prontuário do(a) adolescente.
7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Se necessário, trocar o dedo de verificação para outro com melhor perfusão; • Taxas normais são da ordem de 95 a 100% e valores abaixo destes parâmetros devem ser comunicados ao enfermeiro; • Locais de colocação do sensor do oxímetro: lóbulo da orelha, dedos das mãos ou dedos dos pés; • O local onde for instalado o sensor do oxímetro deverá estar aquecido; • Se necessário, remover esmalte da unha para melhor leitura.

CAPÍTULO 4 - ASSISTÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM	
POP 4.1 MEDIDA DE ESTATURA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Técnica para obtenção da estatura do(a) adolescente.

2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, crescimento e desenvolvimento do(a) adolescente; Obter valor preciso da altura para avaliação antropométrica.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Procedimento de rotina na admissão do(a) adolescente; Monitoramento e avaliação do crescimento e desenvolvimento do(a) adolescente.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> Balança antropométrica Caneta Álcool gel a 70% Álcool líquido a 70% Prontuário do(a) adolescente
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos; Orientar o(a) adolescente para retirar o excesso de roupas e o calçado; Orientar o(a) adolescente a subir na balança com os pés descalços; Posicionar o(a) adolescente de costas para a régua, colocando os calcanhares, nádegas e ombros do paciente em contato com a barra de medição da balança, com a cabeça alinhada ao corpo, olhando para frente e mantendo os joelhos juntos; Antes de elevar a escala métrica, girar o braço da haste da régua para um dos lados e posicioná-la, horizontalmente, sobre a cabeça do paciente, num ângulo de 90 ° e marcar a altura; Girar novamente a haste da régua para um dos lados e retorná-la ao ponto zero; Orientar o(a) adolescente a descer da balança e calçar os calçados;

- Informar o valor da altura para o(a) adolescente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário do(a) adolescente.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Registrar caso o(a) adolescente esteja usando gesso, tala gessada, órteses ou próteses que possam alterar os valores do peso mensurados.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 4.2 MEDIDA DO PESO CORPORAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

A aferição do peso representa a medida da dimensão corporal de uma pessoa em seus diferentes ciclos de vida, da infância à velhice.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos(as) adolescentes; • Avaliar estado nutricional; • Avaliar ganho ou perda de peso.
3 INDICAÇÃO
Para avaliação e monitoramento de ganho ponderal.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Balança adulto
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • A balança deve estar ligada antes do indivíduo posicionar-se sobre o equipamento; • Esperar que a balança chegue ao zero; • Colocar a criança, adolescente ou adulto, no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo; • Mantê-lo parado nessa posição; • Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor; • Anotar o peso; • Solicitar que o paciente saia da balança; • Fazer os registros necessários, inclusive marcando o peso na Caderneta de Saúde do(a) Adolescente, se for o caso.
7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Os(as) adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves, sem objetos que possam interferir no peso atual; • Registrar caso o(a) adolescente esteja usando gesso, tala gessada, órteses

ou próteses que possam alterar os valores do peso mensurados.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 4.3 MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense

Data	
------	--

1 DEFINIÇÃO
É a medida da região do abdômen, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.
3 INDICAÇÃO
Permite identificar presença de sobrepeso ou obesidade e estimar o risco associado ao acúmulo de gordura corporal.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> Fita métrica não extensível/inelástica.
7 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Reunir material; Higienizar as mãos; Solicitar ao adolescente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas; Afastar a roupa do(a) adolescente de forma que a região da cintura fique despida; Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca; Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado; Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura;

não deve ficar larga, nem apertada;

- Pedir ao adolescente que inspire e, em seguida, que expire totalmente;
- Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

CAPÍTULO 5 - ASSISTÊNCIA NOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 5.1 COLETA DE URINA PARA EXAME LABORATORIAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar no diagnóstico e/ou tratamento.

2 OBJETIVOS

- Orientar sobre a coleta adequada da amostra de urina para realização de exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

3 INDICAÇÃO

Aos adolescentes que tenham solicitação médica de exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças do trato urinário ou doenças sistêmicas.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Kit estéril para urocultura ou
- Kit não estéril para Urina I
- Frasco coletor para treinamento
- Caixa térmica com gelo reciclável congelado
- Luva de procedimentos

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Higienizar as mãos;

- Reunir o material necessário;
- Orientar o(a) adolescente sobre a forma adequada de coleta da amostra de urina, utilizando os frascos coletores destinados para treinamento, enfatizando os passos seguintes:
 - Realizar limpeza da região geniturinária com água e sabão neutro e na sequência secar;
 - Desprezar o primeiro jato de urina;
 - Coletar urina do jato médio ou intermediário diretamente no frasco de boca larga;
 - Estar atento ao cuidado no manuseio dos frascos para que não ocorra contaminação da amostra;
 - Entregar o frasco coletor para o Agente de Segurança Socioeducativo ou profissional de enfermagem.
 - Certificar-se de que o(a) adolescente entendeu as orientações e tem condições de realizar o procedimento sozinho(a);
 - Identificar o frasco com nome completo, data de nascimento e data de coleta;
 - Deixar o frasco coletor identificado e aviso para o profissional de enfermagem do plantão ou o Agente de Segurança Socioeducativo;
 - Checar se os frascos estão bem vedados, após a coleta;
 - Acondicionar a guia de solicitação em saco plástico;
 - Encaminhar ao laboratório o material coletado em caixa térmica contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
 - Lavar as mãos;
 - Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
 - Manter ambiente de trabalho organizado e limpo.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Cuidado de higiene na região geniturinária para coleta da amostra e no manuseio do frasco evitando contaminação;
- Identificação do frasco e acondicionamento adequado para encaminhamento

ao laboratório.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 5.2 COLETA DE AMOSTRA DE FEZES PARA EXAME LABORATORIAL

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Consiste na coleta de fezes para detectar, identificar e analisar bactérias patogênicas, parasitas, entre outros elementos.

2 OBJETIVOS

- A coleta de fezes tem recomendações especiais, segundo a finalidade dos exames que se destinam. As principais finalidades são: o estudo das funções digestivas, a dosagem da gordura fecal, as pesquisas de sangue oculto, a pesquisa de ovos e parasitas e a coprocultura.

3 INDICAÇÃO

Investigação diagnóstica.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Luvas de procedimento
- Comadre
- Papel higiênico
- Papel toalha
- Espátula
- Frasco coletor com espátula

<ul style="list-style-type: none"> • Etiqueta para identificação do frasco
<p>6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao adolescente o procedimento de coleta; • Higienizar as mãos; • Preencher a etiqueta de identificação do frasco com nome, data de nascimento e data de coleta. • <u>Orientar o(a) adolescente a:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Não urinar nas fezes que serão coletadas; ○ Solicitar que evacue na comadre; ○ Colher uma pequena quantidade da porção média das fezes com o auxílio da espátula e colocar no frasco coletor; ○ Desprezar o restante das fezes no vaso sanitário e lavar a comadre. • Calçar luvas de procedimentos para recolher o frasco com material coletado; • Identificar o frasco com a etiqueta previamente preenchida; • Encaminhar ao laboratório o material coletado acondicionados adequadamente, o mais rápido possível; • Retirar as luvas; • Higienizar as mãos; • Realizar anotações de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.
<p>7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • A coleta de fezes para cultura deverá ser realizada sempre em frasco estéril; • Evitar contato das fezes com a urina, ou água do vaso sanitário; • Quando as fezes coletadas forem destinadas à pesquisa de sangue oculto, observar a dieta prévia, sem cor por três dias antes da coleta.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 5.3 TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, através do aparelho glicosímetro com fitas que fazem captação elétrica da gota de hemoglobina.

2 OBJETIVOS

- Identificar precocemente alterações glicêmicas para posterior investigação e acompanhamento;
- Monitorar o nível de glicose sanguínea em adolescentes com hipoglicemia ou hiperglicemia com ou sem insulino terapia;
- Avaliar possíveis causas de lipotimia, desmaios e convulsões;
- Fornecer parâmetros para a prescrição de insulina;
- Analisar e acompanhar a eficácia do plano alimentar, do uso de medicamentos e de outras práticas intervencionistas.

3 INDICAÇÃO

- Adolescentes recém-ingressos na unidade;
- Adolescentes com hiperglicemia (diabetes mellitus, pancreatite e outras);

<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes com hipoglicemia;• Adolescentes que apresentem lipotímia, síncope ou convulsão.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira(o) e Técnico/Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none">• Bandeja retangular;• Luva de Procedimento;• Lanceta específica ou Agulha 13x 4,5, em caso de absoluta inexistência da lanceta;• Glicosímetro (dispositivo de leitura glicêmica);• Fitas reagentes para glicose, específica do aparelho utilizado no momento;• Bola de algodão embebido em álcool a 70%;• Bola de algodão seco;• Caneta e papel para anotação do resultado;• Prontuário do(a) adolescente;• Caixa para descarte de material perfurocortante.
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none">• Higienizar as mãos;• Realizar a desinfecção da bandeja;• Reunir o material na bandeja;• Verificar se o aparelho de leitura está calibrado e pronto para o procedimento;• Certificar-se de que a fita reagente está na validade;• Identificar o(a) adolescente corretamente;• Explicar o procedimento ao adolescente;• Calçar luva de procedimento;• Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;• Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer e seu enchimento capilar;• Limpar a polpa digital de escolha com algodão embebido no álcool a 70% e

logo após, secar o local com algodão limpo e seco;

- Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente;
- Lancetar a polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica;
- Aguardar o tempo necessário para que o aparelho realize a leitura;
- Pressionar o local da punção o suficiente para suspender o sangramento;
- Descartar imediatamente a lanceta;
- Realizar a leitura do índice glicêmico e limpar o dedo do(a) adolescente com algodão embebido em álcool a 70% e depois o seco;
- Certificar-se de que não há prolongamento do período de sangramento;
- Desprezar o material utilizado na caixa para perfurocortante;
- Retirar luva de procedimentos e desprezá-la no lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a taxa de glicemia capilar no prontuário do(a) adolescente
- Adotar medidas terapêuticas mediante índice apresentado pelo(a) adolescente, conforme prescrição médica.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se que o álcool secou totalmente.
- Revezar o local da punção a cada novo teste.

CAPÍTULO 6 – ASSISTÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM	
POP 6.1 CURATIVOS	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Os curativos são um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida cutânea para sua proteção, absorção e drenagem contribuindo na reparação tecidual.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Facilitar cicatrização em casos de lesões que necessitem de curativo.
3 INDICAÇÃO
Para tratamento de feridas cutâneas.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem.
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Soro fisiológico 0,9% • Gaze • Seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8 se necessário • Luva de procedimento ou estéril se necessário • Bacia ou cuba • Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.) • Espadrado, fita adesiva, “micropore” ou similar • Atadura de crepe se necessário
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao adolescente o procedimento a ser realizado; • Manter o(a) adolescente em posição confortável; • Manter a postura correta durante o curativo; • Higienizar as mãos; • Preparar o material para a realização do curativo; • Avaliar a ferida; • Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida: Lesões fechadas com incisão simples: <ul style="list-style-type: none"> • Remover a cobertura anterior desprezando-a no lixo; • Umedecer a gaze com soro fisiológico; • Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão; • Secar a incisão de cima para baixo; • Ocluir com gaze ou outro curativo prescrito; • Fixar micropore ou esparadrapo; • Trocar o curativo a cada 24 horas; • Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

Lesões fechadas com incisão com pontos subtotais:

- Remover a cobertura anterior;
- Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução;
- Proceder a limpeza como descrita para lesões simples;
- Proteger a área central com gaze seca;
- Fixar micropore;
- Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação;
- Realizar troca do curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

Lesões abertas:

- Remover a cobertura anterior de forma não traumática;
- Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze;
- Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa);
- Manter o leito da úlcera úmido;
- Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem e assinar;
- Registrar o procedimento em prontuário de enfermagem do(a) adolescente;
- Manter a sala limpa e organizada.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- A prescrição do curativo é privativa da(o) enfermeira(o) e do médico;
- A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser, preferencialmente, feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado;
- Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura
- Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de

circulação;

- Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro;
- Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada;
- A recomendação atual para realização do curativo consiste em manter ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de catéteres e introdutores e fixadores externos.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 6.2 APLICAÇÃO DE COMPRESSA QUENTE

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Técnica utilizada para fins terapêuticos.

2 OBJETIVOS

- Promover vasodilatação local, relaxamento muscular e redução da dor.

3 INDICAÇÃO

Para situações infecciosas, em que há inflamações com formação de pus (furúnculo, terçol etc.), e para amenizar edemas e hematomas que se formam após trauma não tratado em 48 horas.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem ou Agentes de Segurança Socioeducativo.

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Bolsa de água quente
- Bacia
- Jarro
- Compressas ou toalhas
- Luva de procedimentos
- Água quente

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

CALOR ÚMIDO:

- Calçar luva de procedimento;
- Molhar toalhas e/ou compressas em água aquecida;
- Envolver o local, deixar a compressa enquanto permanece aquecida;
- Realizar troca quantas vezes forem necessárias.

CALOR SECO:

- Calçar luva de procedimento;
- Colocar a bolsa com água quente envolta em toalhas e/ou compressas, no local indicado.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Atentar para temperatura da água e observar o local da aplicação.
- No caso de abscessos de pequeno tamanho eles podem ser absorvidos ou drenarem para o exterior do organismo (“vir a furo”), mediante aplicação, várias vezes por dia, de compressas quentes.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM**

POP 6.3 APLICAÇÃO DE COMPRESSA FRIA

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Técnica utilizada para fins terapêuticos, administrando bolsa térmica fria sobre a

pele do paciente.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir temperatura corporal, diminuir congestão (edema, hematoma) e dor, proporcionar conforto e alívio ao paciente.
3 INDICAÇÃO
Nos casos agudos, ou seja, logo após a ocorrência de estiramentos, entorses, distensões musculares ou lesões em articulações, edemas e hematomas, sendo recomendada nas primeiras 48 horas após o trauma.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem ou Agentes de Segurança Socioeducativo.
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Bolsa de gelo • Gelo e/ou água fria • Bacia • Jarro • Compressas ou toalhas • Luvas de procedimentos
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<p><u>COMPRESSA FRIA ÚMIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar luva de procedimento; • Molhar compressas ou toalhas em água fria; • Envolver o localizado. <p><u>COMPRESSA FRIA SECA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar luva de procedimento • Colocar a bolsa com água e gelo envolta em toalhas e/ou compressas, no local indicador; • Deixar durante o tempo prescritor. <p><u>NA SEQUÊNCIA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desprezar os resíduos em local apropriado;

- Recolher o material mantendo o local limpo e organizadora;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do(a) adolescente;
- Caso houver intercorrência comunicar enfermeiro e/ou médico.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- O ideal é que sejam utilizadas bolsas térmicas geladas, mas não congeladas, uma vez que o gelo pode causar queimaduras quando aplicado sob a pele;
- Atentar para temperatura da água e observar o local da aplicação.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 6.4 TROCA DE PLACA E BOLSA DE COLOSTOMIA OU ILEOSTOMIA	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Bolsas de colostomia ou ileostomia, são dispositivos colocados nos estomas de eliminação. Por sua vez, estomas são aberturas feitas cirurgicamente para eliminação de fezes e gases, a partir da projeção de parte do intestino até a superfície do abdomen.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade do(a) adolescente em se ajustar a uma alteração da imagem corporal e para participar no autocuidado; • Prevenir lesões de pele e proporcionar conforto e bem-estar para o(a) adolescente.
3 INDICAÇÃO
Conforme orientação médica ou quando necessário.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem.
5 –MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool gel a 70% • Gazes • Lenço umedecido • Luvas de procedimento • Tesoura • Bolsa e placa de colostomia/ileostomia • Creme de barreira • Espátula • Saco de lixo • Caneta • Prontuário do(a) adolescente
7 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos • Preparar o material;

- Posicionar o(a) adolescente na maca em decúbito dorsal;
- Orientar o(a) adolescente durante o procedimento, visando desenvolver a autonomia para realizar as trocas;
- Remover a bolsa coletora e a placa descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Em seguida, ancorar a pele com gaze úmida e descolar suavemente o adesivo e a barreira protetora restante de cima para baixo;
- Limpar a pele cuidadosamente, com lenço umedecido ou gaze e soro fisiológico, começando pela borda externa, pele ao redor do ostoma e o próprio ostoma, removendo todo resíduo de fezes;
- Secar toda a área da pele ao redor do estoma;
- Aplicar uma fina camada de creme de barreira ao redor do ostoma;
- Recortar a placa de acordo com o tamanho do estoma;
- Retirar o papel que protege a barreira de pele da placa;
- Ajustar a placa ao estoma;
- Fazer pressão suave sobre a placa, do centro para as extremidades, para melhor adesão deste à pele;
- Fazer pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Na flange flotante, coloque os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa, para finalizar o encaixe da bolsa na placa;
- Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
- Desprezar o material utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário relatando o aspecto do estoma, da pele e do efluente, características das fezes.

7 ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS

- Não usar antisséptico nem solvente na pele ao redor do estoma;
- Não é necessário material e técnica estéreis, mas podem ser utilizadas gazes estéreis, soro fisiológico ou água destilada;

- O tamanho da placa deve ser proporcional ao tamanho do diâmetro do estoma, ou seja, ter área suficiente de barreira para o recorte e deixar 5 mm (mínimo) de barreira entre o estoma e o aro da flange;
- A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma. Nunca se deve esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento;
- A troca da bolsa de colostomia deve ser realizada a certa distância do horário das refeições;
- O uso de lâmina de barbear para fazer a tricotomia da pele ao redor do estoma predispõe à formação de foliculite e deve ser evitado;
- Em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites), deve-se usar barreira protetora de pele em pó, para possibilitar adesão do dispositivo coletor;
- Pode-se usar barreira de pele em pasta para corrigir irregularidade da pele e em casos nos quais a aderência do dispositivo é dificultada por complicações da pele ou do estoma, ou por localização inadequada;
- O suporte de alça (dispositivo que permanece até o décimo dia de pós-operatório em ostomia em alça) deve ser acomodado dentro da bolsa coletora. Deve-se atentar para que a barreira não seja colocada sobre o suporte;
- A fístula mucosa (boca distal em ostomia em bocas separadas) deve ser protegida com gaze umedecida. Não há necessidade de adaptar bolsa coletora;
- As presilhas de formato convexo para fechamento de bolsa coletora devem ser colocadas com a concavidade voltada para o corpo do usuário;
- Aspectos a serem observados: formato do estoma, integridade da mucosa, coloração, umidade, protrusão e pontos de fixação do estoma à pele; integridade da pele; e consistência do efluente, volume/quantidade, coloração e odor.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM

POP 6.5 TESTES RÁPIDOS HIV/Sífilis/Hepatites B e C

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

São testes que podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção da polpa digital.

2 OBJETIVOS:

- Viabilizar diagnóstico, acompanhamento e tratamento precoce aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

3 INDICAÇÃO

Sempre que necessário.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeiro capacitado para realizar os exames.

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Kit de teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C
- Manual de instrução dos testes para consulta em caso de dúvida
- Cronômetro ou relógio
- Descarte para material biológico (caixa perfurocortante, lixo saco branco e preto)
- Impressos específicos e livro controle
- Equipamento de Proteção Individual - EPI: luvas, máscara, óculos, gorro e avental)
- O profissional deverá estar de calçados fechados

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Durante o período de recepção do(a) adolescente oferecer a realização dos testes rápidos;
- Mediante o consentimento do(a) adolescente, viabilizar a realização dos testes;
- Para realização dos testes rápidos, fazer o aconselhamento pré-teste ao adolescente;
- Após aconselhamento, preencher os laudos e o termo de consentimento, relativos aos testes;
- Proceder a organização da bancada para a realização dos testes, seguindo as etapas abaixo:
 - Forrar a bancada com papel toalha para evitar contaminação com material biológico;
 - Ter ao alcance: caneta porosa, relógio ou cronômetro, luvas de procedimento, caixa de material perfurocortante, algodão, gases e álcool a 70%;
 - Conferir todos os materiais, colocar sobre a bancada, ainda em seus invólucros originais, os kits de teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, com suas respectivas pipetas coletoras individuais e tampões de corrida já com a tampa retirada;
 - Abrir um a um mostrando ao adolescente que são únicos e descartáveis;
 - Realizar a punção digital, com a lanceta de um dos testes, sempre explicando cada passo do teste ao adolescente;
 - Coletar o sangue de acordo com a orientação específica de cada teste, lembrando que cada teste tem sua própria pipeta, que dosa a quantidade de sangue para cada teste, portanto, não poderão ser trocadas as pipetas;
 - Marcar o horário que foi colocado o tampão de corrida, para fazer a leitura do teste no tempo certo, sempre seguindo a orientação do fabricante
 - Evitar que o(a) adolescente veja a corrida dos testes, explicando ao final dos exames;

- Descartar os materiais de acordo com o lixo correspondente;
- Preencher os laudos com os respectivos resultados;
- Realizar o aconselhamento pós-teste;
- Manter ambiente limpo e organizado.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- No aconselhamento pré e pós testes, considerar o período de janela imunológica para definir necessidade ou não de nova coleta.

CAPÍTULO 7 – PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 7.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Cuidado simples e eficaz e de suma importância na prevenção e controle da disseminação de infecções.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos, utilizando-se água e sabonete líquido.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Ao iniciar o turno de trabalho; Antes e após o preparo e manipulação de medicamentos; Antes e após o contato com o paciente; Antes e após realização de procedimentos;

<ul style="list-style-type: none"> • Após exposição com fluídos corporais; • Após contato com mobiliários, materiais e equipamentos utilizados no atendimento; • Após ir ao banheiro; • Antes e depois das refeições.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem demais servidores da unidade.
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Pia com torneira • Sabonete líquido • Papel - toalha descartável • Lixeira
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia; • Colocar sabonete líquido nas mãos (em torno de 3ml); • Repetir cada ação abaixo descrita com as duas mãos, primeiro com a mão dominante, depois com a outra, fazendo apenas movimentos unidirecionais, como seguem: • Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; • Esfregar a palma da mão dominante contra o dorso da outra mão, entrelaçando os dedos; • Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão dominante, segurando os dedos; • Esfregar o polegar da mão dominante, com o auxílio da outra mão, realizando movimento circular; • Friccionar as polpas digitais e unhas da mão dominante (fechada em concha) contra a palma da outra mão, fazendo movimento circular; • Esfregar o punho não-dominante com a palma da mão dominante, fazendo movimento circular;

- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos do sabonete líquido, evitando contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com o papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Depois, descartar no lixo comum;
- Finalizar o procedimento com álcool gel 70% conforme rotina

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 7.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL A 70%

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Cuidado simples e eficaz e de suma importância na prevenção e controle da disseminação de infecções.

2 OBJETIVOS

- Eliminar a microbiota transitória e reduzir a carga microbiana das mãos utilizando álcool gel a 70%.

3 INDICAÇÃO

- Antes de contato com o usuário;
- Após contato com o usuário;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não

<p>requeiram</p> <p>cirúrgico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após risco de exposição a fluidos corporais; • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente; • Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; • Antes e após a remoção de luvas (sem talco). 	preparo
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO	
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem e demais servidores da unidade.	
5 MATERIAL A SER UTILIZADO	
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool gel a 70% 	
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	
<p><u>Fazer a higienização das mãos com álcool gel a 70%, por 20 a 30 segundos, executando os seguintes passos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos; • Friccionar as palmas das mãos entre si; • Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa; • Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados; • Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos; • Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular; • Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa; 	

<ul style="list-style-type: none"> Friccionar os punhos com movimentos circulares; Friccionar as mãos até secar (não utilizar papel toalha). 	
7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas. 	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 7.3 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE EQUIPAMENTOS	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
Técnica aplicada para remoção de microorganismos.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> Evitar proliferação de microorganismos patogênicos.
3 INDICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Limpeza e desinfecção de termômetro, oxímetro, estetoscópio, esfimomanômetro, lanterna clínica, otoscópio, glicosímetro.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem
5 MATERIAL A SER UTILIZADO
<ul style="list-style-type: none"> Álcool líquido a 70% Panos de limpeza ou flanela
6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS
<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos; Realizar a desinfecção do material, borrifando álcool a 70% no pano de limpeza ou flanela e proceder a fricção;

- Acondicionar em recipientes fechados, identificando com a data da desinfecção;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Higienizar as mãos

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Em caso de sujidade visível ou em presença de matéria orgânica, realizar primeiramente a limpeza utilizando água e detergente líquido neutro. Após, proceder a desinfecção como descrito anteriormente.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP ENFERMAGEM

POP 7.4 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Técnica aplicada para remoção de microorganismos.

2 OBJETIVOS

- Diminuir carga microbiana dos artigos através da remoção de biofilmes e endotoxinas.
- Remover resíduos orgânicos e inorgânicos para que os mesmos não

<p>comprometam a integridade dos artigos e nem a eficácia do processamento, tornando-se barreira física que impeça a ação do agente desinfetante e esterilizante.</p>
<p>3 INDICAÇÃO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e desinfecção de cuba rim, espéculo auricular, potes de medicação, caixas organizadoras, bins, bandejas.
<p>4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO</p>
<p>Enfermeira (o), Técnica (o) de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem</p>
<p>5 MATERIAL A SER UTILIZADO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Álcool líquido a 70% • Panos de limpeza • Esponja • Sabão líquido neutro
<p>6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Utilizar EPIs (luva, avental, óculos, touca, máscara). • Lavar o material em água corrente com detergente líquido neutro e auxílio da esponja; • Enxaguar em água corrente e após secar com pano de limpeza ou papel toalha; • Realizar a desinfecção do material, borrifando álcool a 70% no pano de limpeza ou flanela; • Acondicionar em recipientes fechados, identificando com a data da desinfecção; • Retirar os EPIs utilizados; • Higienizar as mãos.
<p>7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de sujidade visível ou em presença de matéria orgânica, realizar primeiramente a limpeza utilizando água e detergente líquido neutro. Após, proceder a desinfecção como descrito anteriormente.

CAPÍTULO 8 – ASSISTÊNCIA NO ACOLHIMENTO DO(A) ADOLESCENTE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	
ENFERMAGEM	
POP 8.1 ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	
Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO
O acolhimento tem como fundamento identificar as principais demandas de saúde apresentadas pelo(a) adolescente dentro do sistema socioeducativo, por meio de atendimento humanizado, possibilitando a organização da assistência com uma abordagem de prevenção, promoção e recuperação da saúde.
2 OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o acolhimento como uma ação técnico-assistencial, melhorando o processo de escuta qualificada direcionado à assistência; • Implicar mudanças na relação profissional e adolescente; • Facilitar a organização dos serviços e melhorar a qualidade da assistência, tendo o(a) adolescente como eixo principal e participante ativo; • Melhorar condições de saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.
3 INDICAÇÃO
Aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.
4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO
<p>Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.</p> <p><u>Atribuições do Enfermeiro:</u></p> <p>Receber as demandas apresentadas no ato do acolhimento de enfermagem e realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, possibilitando a elaboração do plano de cuidados aos adolescentes. Caso o(a) adolescente não apresente queixa no momento, orientar sobre os malefícios das drogas lícitas e ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis(IST), uso de preservativo, higiene pessoal e do local que se encontra, atividade física, entre outras.</p> <p><u>Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem:</u></p> <p>Acolher/atender de forma humanizada o(a) adolescente a fim de conhecer e evidenciar suas principais demandas e comunicar ao enfermeiro responsável.</p>
5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- Prontuário do(a) adolescente;
- Caneta;
- Material de avaliação: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro e glicosímetro;
- Ficha de Monitoramento do(a) Adolescente Sintomático ou Assintomático para COVID-19.

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Atender o(a) adolescente em ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;
- Observar, verificar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
- Verificar situação vacinal do(a) adolescente, se necessário solicitar aos familiares ou responsáveis o Cartão de Vacina do mesmo;
- Verificar se o(a) adolescente possui Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
- Viabilizar cópias dos documentos civis necessários para cadastramento na UBS de referência e para agendamentos de atendimentos de saúde na rede de saúde municipal;
- Orientar o(a) adolescente quanto a rotina de higiene pessoal;
- Registrar os dados levantados nos formulários correspondentes;
- Comunicar ao enfermeiro (quando acolhimento for realizado pelo técnico/auxiliar de enfermagem) e médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder às demandas apresentadas;
- O(A) adolescente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pelo enfermeiro e/ou médico;
- O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos na referência da unidade socioeducativa;
- Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- O acolhimento envolve o comprometimento de toda equipe em recepcionar, focar na escuta ao adolescente e realizar tratamento humanizado com o objetivo de atender suas necessidades para amenizar o sofrimento seja de ordem física, psíquica ou até mesmo espiritual.
- Durante a escuta quanto ao motivo de entrada na unidade ou procura do serviço, deve-se levar em consideração o contexto em que o(a) adolescente está inserido;

CAPÍTULO 9 – ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA POR PCR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP
ENFERMAGEM

POP 9.1 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

Elaboração	Grupo de Trabalho
Revisão	Enfermeira do Cense
Data	

1 DEFINIÇÃO

Sequência de manobras e procedimentos destinados a reverter a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e a manter a oxigenação e perfusão tecidual adequadas, garantindo a sobrevivência do cliente.

2 OBJETIVOS

- Promover reanimação cardiopulmonar utilizando manobras de suporte básico de vida, de forma rápida, eficiente e sistematizada.

3 INDICAÇÃO

- Reanimação de Indivíduo em Parada Cardiopulmonar.

4 PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

5 MATERIAL A SER UTILIZADO

- EPIs (máscara, avental, gorro, óculos de proteção, luvas de procedimento)
- Bolsa-Válvula-Máscara (Ambú) ou máscara de bolso (pocket mask)
- Desfibrilador Externo Automático (DEA)

6 DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

1. Reconhecimento imediato da parada cardiorrespiratória e acionamento do serviço de urgência/emergência, conforme sequência abaixo:

- Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o cliente em voz alta), se não responsivo, chame ajuda.
- Acionar imediatamente o SAMU (192) e providenciar um DEA e equipamentos de emergência. Se não estiver sozinho é importante designar pessoas para

que sejam responsáveis em realizar essas funções, enquanto continua o atendimento ao cliente.

- Posicionar o cliente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
- Cheque o pulso carotídeo e a respiração simultaneamente, observando se há elevação do tórax do cliente e se há pulso, em até 10 segundos.
- Se o cliente não estiver respirando ou apresentar somente gasping e:

Pulso presente: realizar abertura da via aérea e aplicar uma ventilação a cada 5 a 6 segundos, mantendo frequência de 10 a 12 ventilações por minuto. Cheque o pulso a cada 2 minutos.

Pulso ausente: iniciar imediatamente a reanimação cardiopulmonar.

2. Reanimação cardiopulmonar imediata de alta qualidade

- Inicie ciclos de trinta compressões e duas ventilações.
- Para realização das compressões torácicas:
 - Posicione-se ao lado do cliente e mantenha seus joelhos com certa distância um do outro, para que tenha melhor estabilidade.
 - Afaste ou corte a roupa do cliente (se uma tesoura estiver disponível), para deixar o tórax desnudo.
 - Coloque a região hipotenar de uma mão sobre a metade inferior do esterno do cliente e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-as.
 - Estenda os braços e os mantenha cerca de 90° acima do cliente. Não flexione os cotovelos.
 - Comprima na frequência de 100 a 120 compressões/minuto.
 - Comprima com profundidade de, no mínimo, 5 cm (2 polegadas), evitando compressões com profundidade maior que 6 cm (2,4 polegadas).
 - Permita o retorno completo do tórax após cada compressão, evitando apoiar-se no tórax do cliente.
 - Minimize interrupções das compressões (não interromper as compressões por mais de 10 segundos). Considere obter uma fração de compressão torácica maior possível.
 - Se houver mais de um socorrista, alterne as funções de compressão e

ventilação a cada 2 minutos, a fim de manter a qualidade da RCP, evitar o cansaço e compressões de má qualidade.



Posicionamento para realização das compressões torácicas

- Ao término das 30 compressões realizar 2 ventilações de 1 segundo cada observando elevação do tórax. Atente-se para:
Independentemente da técnica utilizada para aplicar ventilações, é necessária a abertura de via aérea, que pode ser realizada com a manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo (se não houver suspeita de trauma) ou a manobra de elevação do ângulo da mandíbula (se houver suspeita de trauma).



Manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo - consiste em posicionar os dedos de uma das mãos do examinador sob o mento, que é suavemente tracionado para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca; a outra mão do examinador é posicionada na região frontal para fixar a cabeça do cliente.



Manobra de elevação do ângulo da mandíbula - consiste na utilização das duas mãos do examinador, posicionando os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula, projetando-a para frente, enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca. Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

É indicado que o socorrista utilize mecanismos de barreira para realização das ventilações – por exemplo, máscara de bolso (pocket mask) ou Bolsa-Válvula-Máscara (BVM).

O uso da BVM requer considerável prática e deve ser feito na presença de dois socorristas: um responsável pelas compressões e outro por aplicar as ventilações com o dispositivo.

3. Rápida desfibrilação, assim que o DEA estiver disponível

- Ligue o DEA, apertando o botão on-off (alguns dispositivos ligam automaticamente ao abrir a tampa). Isso ativa os alertas verbais que orientam todas as etapas subsequentes.
- Conecte as pás (eletrodos) no tórax desnudo do cliente, observando o desenho contido nas próprias pás do posicionamento correto (selecionar pás do tamanho correto, adulto ou pediátrico, para o tamanho/idade do cliente). Remover o papel adesivo protetor das pás.



Posicionamento das pás anterolateral

- Encaixe o conector das pás (eletrodos) ao aparelho;
- Quando o DEA indicar “analisando o ritmo cardíaco, não toque no paciente”, solicitar para que todos se afastem;
- Se o choque for indicado, o DEA emitirá a frase: “choque recomendado, afaste-se do paciente”. O socorrista que estiver manuseando o DEA deve solicitar para que todos se afastem;
- Pressionar o botão indicado pelo aparelho para aplicar o choque, o que produzirá uma contração repentina dos músculos do cliente.;
- A RCP deve ser iniciada pelas compressões torácicas e seguida pelas ventilações, imediatamente após o choque. A cada 2 minutos, o DEA analisa o ritmo novamente e pode indicar novo choque, se necessário. Se não indicar choque, deve-se reiniciar a RCP imediatamente, caso o cliente não retome a consciência;
- Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até: a chegada do SAMU, a chegada ao hospital ou o cliente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento);
- Se o cliente retomar a consciência, o aparelho não deve ser desligado e as pás não devem ser removidas ou desconectadas até que o SAMU assumo o caso;
- Se não houver suspeita de trauma, e o cliente já apresentar respiração

normal e pulso, o socorrista pode lateralizar o cliente, porém deve permanecer no local até que o SAMU chegue;

- Com a chegada do SAMU, realizar transferência conforme necessidade.

4. Serviços médicos básicos e avançados de emergências (SAMU).

5. Suporte avançado de vida e cuidados pós-PCR (ambiente hospitalar).

6. Registrar o cuidado prestado no atendimento no prontuário do cliente.

7 RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES

- Se o profissional estiver sozinho ou não possuir máscara de bolso ou Bolsa-Válvula-Máscara, ele pode realizar as compressões contínuas de 100 a 120 por minuto.

- Assim que o DEA estiver disponível, o socorrista estando sozinho deve parar a RCP para conectar o aparelho ao cliente. Porém, se houver mais de um socorrista, o segundo manuseia o DEA e, nesse caso, a RCP só é interrompida quando o DEA emitir um alerta verbal como: “analisando o ritmo cardíaco”, “não toque o paciente” e/ou “choque recomendado, carregando, afaste-se do paciente”.

- As situações a seguir exigem que o socorrista tenha cautela na colocação das pás ao usar um DEA:

- Excesso de pelos no tórax: remover o excesso de pêlos, somente da região onde são posicionadas as pás.

-Tórax molhado: se o tórax do cliente estiver molhado, secar por completo.

- Marca-passo ou Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI): se estiver na região onde é indicado o local para aplicação das pás, afaste-as ou opte por outro posicionamento das pás (anteroposterior, por exemplo).

- Adesivos de medicamentos: remover o adesivo se estiver no local onde são aplicadas as pás do DEA; enxugue, se necessário.

- Atente-se para testar diariamente a funcionalidade adequada do DEA, seguindo as orientações de teste que estão especificadas no manual do equipamento disponibilizado pelo fabricante. Caso o equipamento apresente algum problema procurar assistência técnica autorizada o mais rápido possível.

- Se não tiver um DEA disponível, mantenha a realização da RCP até a chegada de uma equipe de emergência

V REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.J.B. de. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: M.J.B. de Araújo, 1996.

ARAÚJO, T.L. de; FARO, A.C.M. e LAGANÁ, M.T.C. **Temperatura corporal: planejamento da assistência de enfermagem na verificação da temperatura; no atendimento da febre e da hipertermia maligna**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. 3,p. - dez, 1992. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DrJmkc45PngPqGmVggSHpyh/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em 05/07/2022.

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

BERNOCHE, C. et al. **Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia** 2019. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 113, n. 3, p. 449-663, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: Ministério de Saúde**, 2005.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:**

Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Coronavírus: Informações seguras baseadas em evidências. Padronização de acessórios para medida de temperatura.** Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/Corona001%20-%2016mar2020.pdf>>. Acesso em 10/06/2022.

EBSERH. Procedimento Operacional Padrão (POP). **Aferição da Pressão Arterial.** Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

EBSERH. Procedimento Operacional Padrão (POP). **Administração de Medicamentos por Via Intradérmica.** Disponível em: < https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-10_administracao-de-medicamentos-por-via-intradermica.pdf >. Acesso em 10/07/2022.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado Prático de Enfermagem.** 3 ed. V.2. São Paulo: Yendis, 2010.

Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira. **Manual da CCIH: orientações para prevenção, controle e tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) no âmbito hospitalar / Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife: IMIP, 2020.** Disponível em: <<http://www1.imip.org.br> >. Acesso em 05/08/2022.

GUYTON, A.C., HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

SOUZA, V.H.S., MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar.** 3 ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

EBSERH. Procedimento Operacional Padrão (POP). **Aferição da Glicemia Capilar.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/acesso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-1_afericao-da-glicemia-capilar-adulto.pdf>. Acesso em 10/07/2022.

EBSERH. Procedimento Operacional Padrão (POP).
Insulinoterapia. Disponível em:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/enfermagem-geral/pop-1-31_insulinoterapia.pdf/view> Acesso em 10/07/2022.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Avaliação e Assistência de Enfermagem: Prefeitura do Município.** Autarquia Municipal de Saúde-- 1 ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006. 87 p. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_enfermagem.pdf>. Acesso em 09/07/2019

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA. M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

BARROSO et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arq. Bras. Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br> >. Acesso em 28/07/2022.

Uso de Luvas - Folheto Informativo - **Organização Mundial da Saúde.** (2009).

PROCESSOS DE ENFERMAGEM

CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ

Paraná

2023

Lidia Ivone Ribas

Chefe da Coordenação de Gestão do Sistema Socioeducativo

Luciana Mara Finger

Coordenadora da Divisão Psicossocial/Saúde

Diretor (a) do Cense

Enfermeira do Cense

ELABORAÇÃO

Carina Reis Mesquita

Enfermeira Cense Cascavel
COREN 248.006

Heike Graser Marasquin

Enfermeira Cense Joana Richa
COREN 52.414

Juliana Bandeira Cordeiro

Enfermeira Cense Curitiba
COREN 278.717

Karyne Cury

Enfermeira Cense Ponta Grossa
COREN 263.679

INTRODUÇÃO

Este instrumento é resultado dos encontros e debates do Grupo de Trabalho composto por enfermeiras dos Centros de Socioeducação do Estado do Paraná e tem como objetivo implantar o Processo de Enfermagem nestas instituições.

A Resolução COFEN 358/2009 define que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem por finalidade organizar o trabalho da Enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

As etapas do Processo de Enfermagem (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação), foram construídas levando-se em consideração a realidade e a necessidade de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em regime provisório ou de internação, além de representar não somente um modo de fazer, mas principalmente um modo de pensar a prática assistencial da enfermagem no ambiente socioeducativo.

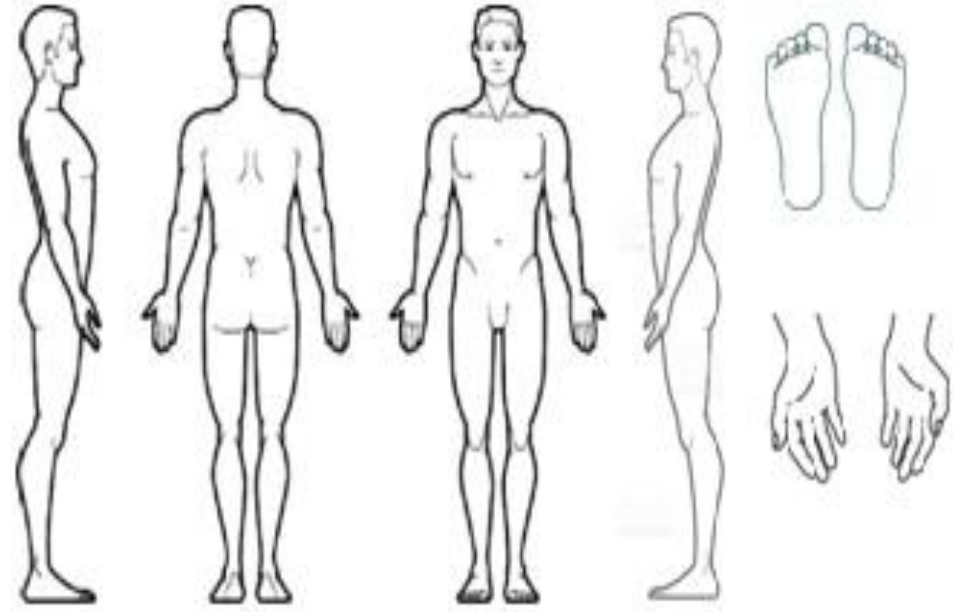
RECEPÇÃO INICIAL

Data de entrada ____/____/20____ SMS:

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome:			
Data de nascimento: ____/____/20____		Idade:	
Peso:	Altura:	Saturação:	DUM:
PA:	FR:	FC:	T:

2- CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE		
Higiene Corporal	() boa () ruim	
Queixa/doença atual	() não () sim	
Queixa de saúde bucal	() não () sim	
Faz uso de medicações	() não () sim	
Alergia	() não () sim	
Orientação espaço-temporal	() orientado () desorientado	
Pensamento/discurso	() organizado () desorganizado	
Atenção/concentração	() atento () desatento	

3- MAPA DE LESÕES

LEGENDA	
1. Amputação	
2. Arranhadura	
3. Cicatriz	
4. Escoriação	
5. FAB (ferimento por arma branca)	
6. FAF (ferimento por arma de fogo)	
7. FCC (ferimento corto contuso)	
8. Hematoma	
9. Mordedura	
10. Pediculose	
11. Outros () Sem lesões	

Responsável pelo preenchimento: _____
(Assinatura e carimbo)

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data da entrada ____/____/20____ Data da avaliação ____/____/20____ SMS: _____

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Nome da mãe	
Naturalidade:	
Procedência:	

2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Escolaridade:	Religião:
Profissão:	
Raça/cor declarada: () amarela () branca () indígena () pardo () preto () não sabe	
Orientação sexual: () homossexual () heterossexual () bissexual () outros	
Identidade de gênero: () trans fem. () trans masc. () mulher cis () homem cis () não binário	
Possui Filhos: () sim () não	Quantos: Idade:

3 - HISTÓRICO FAMILIAR		
Breve história familiar (composição familiar, com quem morava, qualidade dos relacionamentos, etc.):		
3.1 - DOENÇAS		
() HIV/IST	() convulsão	() cardiovasculares
() gástricas	() neoplasia	() psiquiátricas

() respiratórias () outras
Obs.:
3.2 – SAÚDE MENTAL
Alguém já tentou suicídio na família? () sim () não Grau de parentesco:
Alguém já cometeu suicídio na família? () sim () não Grau de parentesco:
Algum integrante da família faz uso de álcool ou outras drogas? Citar grau de parentesco e droga usada:

4 - HISTÓRICO DO ADOLESCENTE
4.1 – HÁBITOS DE VIDA
SONO: () dorme bem () dorme pouco ____ horas () dorme somente com medicação
HÁBITO ALIMENTAR:
Aceitação da dieta () boa () regular () pouca
Tipo de alimentação () frutas () verduras () lanches/ salgadinhos () refeição completa
HÁBITO URINÁRIO: Disúria: () sim () não Cor da urina:
HÁBITO INTESTINAL:
ATIVIDADE FÍSICA REGULAR: () sim () não Quais?
LAZER E ENTRETENIMENTO - O que costuma fazer no tempo livre:
() balada () ir à igreja () ficar na internet () passear com a família () leitura
() sair com os amigos () ficar dormindo () assistir televisão () outros
Obs:

4.2 – VIDA SEXUAL
Sexarca: Tem parceiro(a) fixo? () sim () não há quanto tempo?
Faz uso de preservativo? () sim () não () de vez em quando
Apresenta alguma queixa de IST? (leucorreia, verrugas, prurido, feridas, etc.): () sim () não
Quais:

4.3 - ALERGIAS
Alimentos: () não () desconhece () sim Qual? _____
Medicamentos: () não () desconhece () sim Qual? _____
Produtos diversos: () não () desconhece () sim Qual? _____
Rinite () não () desconhece () sim

4.4 - MEDICAMENTOS
Está em uso de medicação atualmente? () sim () não
Quais e há quanto tempo?

4.5 – HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA
Já foi vítima de violência? () sim () não
Agressor: () pai () mãe () irmãos () policial () amigos () colegas () outros
Especificar:

4.6 - SAÚDE MENTAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS				
Uso de drogas	Idade que iniciou	Idade que parou	Frequência	Relação de uso
Álcool				
Chá de Lírio				
Cocaína				
Cogumelo				
Cola de Sapateiro				
Crack				
Ecstasy				
Haxixe				
Narguilé				
LSD				
Maconha				
Melasma				
Vaper				
Solventes/inalantes				
Tabaco				
Outros				

Quando usou droga pela última vez? Tipo e quantidade:
Já fez tratamento para drogadição? Onde, quando e por quanto tempo?
Existe histórico de internação psiquiátrica? Onde, quando e por quanto tempo?
Já fez tratamento de saúde mental? Onde, quando, por quanto tempo e quais medicações utilizadas?
Já tentou suicídio? Onde, quando e por quê?
Já se auto lesionou? Onde, quando e por quê?

4.7 – HISTÓRICO CLÍNICO
Fez algum tipo de acompanhamento clínico? Onde, há quanto tempo, motivo, medicações:
Já ficou internado em hospital alguma vez? Onde, há quanto tempo, motivo:
Submeteu-se a cirurgia? Onde, há quanto tempo, motivo:
Já sofreu alguma fratura? Onde, há quanto tempo, motivo:
Já sofreu algum tipo de acidente? Onde, há quanto tempo, tipo de ferimentos causados:

Estava em tratamento odontológico antes da apreensão? () sim () não Qual?

4.8 – DOENÇAS
() Catapora () Caxumba () Sarampo () HIV/ IST
() Desmaio () Convulsão () Doença neurológica () Diabetes
() Hipertensão () Neoplasia () COVID
() Cardiovasculares _____ () Psiquiátricas _____
() Gástricas _____ () Respiratórias _____
() Outras :

4.9 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS / GINECOLÓGICOS
DUM: _____ DPP: _____ GESTA: _____ PARA: _____
Abortos: _____ Partos normais: _____ Cesarianas: _____
Filhos nascidos com má formação congênita: () sim () não Qual?
Usa métodos contraceptivos? () sim () não Qual?

EXAME FÍSICO

Peso:	Altura:	IMC:	DUM:
PA:	FR:	FC:	T:
Saturação:			

CABEÇA:
Couro cabeludo: () limpo () com sujidade () pediculose () alopecia () seborréia
() íntegro () com lesão _____ () acne

OLHOS:
Acuidade visual: () normal () diminuída () uso de óculos/ lente de contato

NARIZ:
() sem anormalidades () ocorrência de epistaxe () congestão nasal () secreções no nariz
Aspecto da secreção:

BOCA:
Mucosa: () corada () descorada () íntegra () com lesões _____
Dentes: () falhas dentárias () prótese () órtese

OUIDOS:
() audição normal () audição diminuída () otorragia

PESCOÇO:
() nódulos () mobilidade cervical preservada

TÓRAX:
() simétrico () assimétrico
Ausculta Pulmonar: () MV+ () ruídos adventícios tipo:

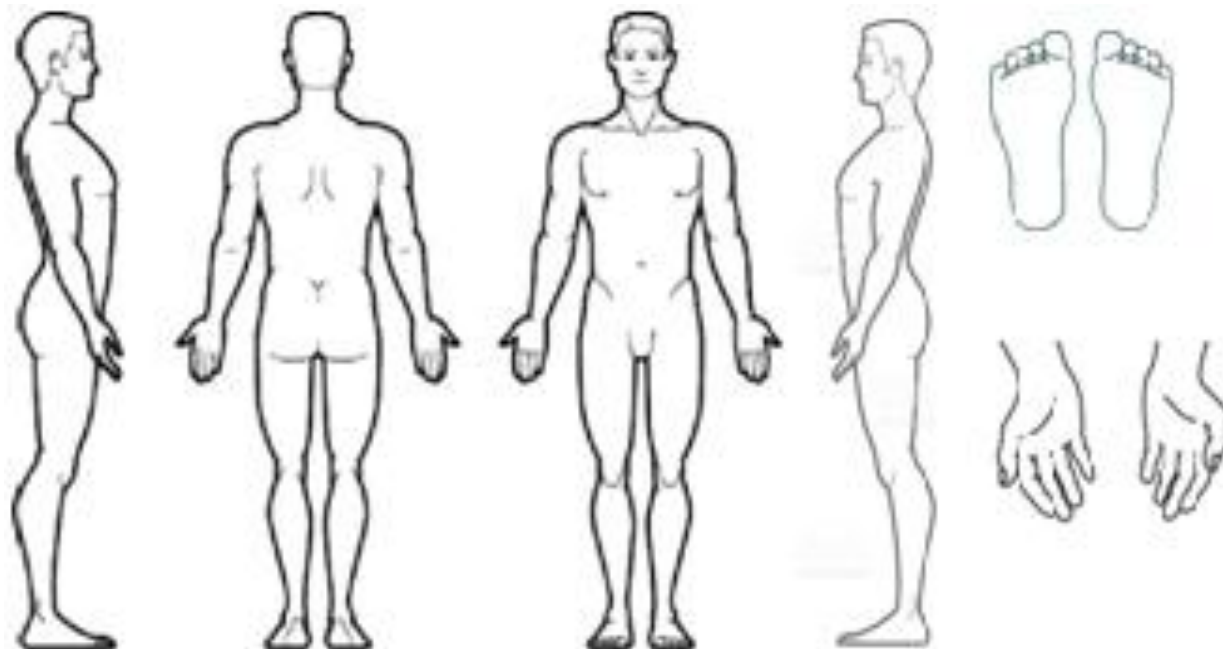
ABDOME:
() indolor () doloroso () plano () distendido () flácido () RHA+ () RHA-

MEMBROS:
() perfundidos () hidratados () aquecidos () pele seca () pele hidratada
() varizes () outros

Enfermeira: _____

MAPA DE LESÕES

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Data: ____/____/20__	SMS:



LEGENDA

1. - Amputação
2. - Arranhadura
3. - Cicatriz
4. - Escoriação
5. - FAB (ferimento por arma branca)
6. - FAF (ferimento por arma de fogo)
7. - FCC (ferimento corto contuso)
8. - Hematoma
9. - Mordedura
10. - Outros
- () sem lesões

Responsável pelo preenchimento:

_____ (Assinatura e carimbo)

Nome:

SMS:

1. DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE

1.1 Evidenciado por:

- irritabilidade
- angústia
- medo
- sentimentos de inadequação
- inquietação/tremores
- abuso de substâncias
- alteração dos sinais vitais
- boca seca
- outros (exemplo: taquicardia, dor no peito, irritação alérgica): _____

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Melhoria da percepção do adolescente em relação aos sintomas apresentados.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

- Explicar a rotina da unidade.
- Disponibilizar tempo para escutar.
- Encorajar a expressar seus sentimentos e percepções e medos.
- Encorajar a solicitar ajuda nos períodos de maior instabilidade.
- Usar uma abordagem calma e segura.
- Acompanhar o adolescente em consulta médica.
- Administrar medicamentos conforme prescrição médica.
- Supervisionar a deglutição da medicação oral.
- Verificar os efeitos da medicação em uso para a ansiedade.
- Estimular atividades de distração.
- Outro: _____

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Melhora da ansiedade: sim não

Conduta: _____

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
1.1 Evidenciado por: alteração do hábito intestinal, diminuição da frequência (inferior a 3x/ semana), ressecamento das fezes com esforço evacuatório e dor.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)
Normalização do hábito intestinal.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
 Incentivar a ingestão de no mínimo 2 litros de água por dia ou 10 copos.
 Incentivar a ingestão de frutas e verduras.
 Incentivar a atividade física quando oportunizado.
 Tente evacuar após uma das principais refeições do dia para tentar estabelecer um reflexo condicionado, preferencialmente, sempre após a mesma refeição.
 Orientar para não adiar a ida ao banheiro.
 Atentar para sinais de complicações: dor abdominal intensa, a hemorragia retal, prolapso anal, hálito fecaloide e temperatura acima de T 37,8° C sem outros sinais que possam originá-la. Encaminhar para atendimento médico imediato e comunicar a Enfermeira.
 Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Normalização do hábito intestinal: sim não
Condução:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

1.1 Relacionado a:
 situação de rua
 prejuízo cognitivo/ perceptivo/ neuromuscular

1.2 Evidenciado por:
 odor desagradável
 sujidade corporal
 unhas crescidas e/ou sujas
 roupas sujas
 outros _____

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Apresentação de melhoria no autocuidado.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

Orientar sobre os cuidados de higiene corporal.
 Orientar sobre higiene bucal.
 Solicitar a adequada higiene das unhas.
 Investigar hábitos e costumes de higiene da família.
 Orientar tomar banho diariamente.
 Solicitar ao adolescente a manter o alojamento limpo e organizado.
 Orientar a lavar as mãos antes das refeições.
 Orientar a lavar as mãos antes e depois do uso do sanitário.
 Orientar a manter o cabelo limpo e escovado.
 Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20____ até ____ / ____ /20____.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Melhora do autocuidado: sim não
 Conduta: _____

Enfermeira: _____ Data: ____/____/20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE CONHECIMENTO SOBRE IST

1.1 Evidenciado por:
 relato de prática sexual sem uso de preservativo
 gravidez não planejada
 acometimento de ISTs
 relato de dúvidas sobre o tema
 outros _____

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Conhecimento sobre ISTs e sensibilização para a importância de práticas sexuais seguras.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

Oportunizar a expressão de dúvidas.
 Escutar o adolescente com atenção e dirimir dúvidas.
 Incentivar a participação do adolescente em atividades educativas sobre ISTs.
 Sensibilizar para a importância de práticas sexuais seguras.
 Ofertar preservativos ao adolescente quando for sair para externa e/ou desligamento.
 Encaminhar para tratamento médico.
 Outro: _____

Prescrição válida de ____/____/20__ até ____/____/20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Melhora do conhecimento e sensibilização sobre o tema: sim não

Conduta: _____

Enfermeira: _____ Data: ____/____/20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: DIARRÉIA

1.1 Evidenciado por: presença de fezes aquosas e soltas com ocorrência de no mínimo 3 episódios de diarreia em 24 horas.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Ausência de desidratação e normalização do hábito intestinal.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

- Questionar sobre as características das eliminações (frequência, consistência e cor).
- Questionar a presença de sangue, muco ou pus nas fezes.
- Orientar o adolescente a lavar as mãos antes das refeições.
- Orientar o adolescente a lavar as mãos antes e depois do uso do sanitário.
- Verificar sinais de desidratação: sede, boca seca, diurese diminuída. Comunicar Enfermeira.
- Verificar sinais de complicações: vômitos repetidos, recusa de alimentos, diminuição da urina, sangue nas fezes, muita sede e piora da diarreia. Encaminhar para consulta médica e comunicar à Enfermeira.
- Orientar o adolescente aumentar a ingestão de água e outros líquidos incluindo solução de reidratação oral (SRO), principalmente após cada episódio de diarreia para evitar desidratação.
- Orientar o adolescente que está desidratado, mas sem sinal de gravidade, a intensificar a ingestão de solução de SRO, em pequenos volumes e aumentando a oferta e a frequência aos poucos. A quantidade a ser ingerida dependerá da sede do adolescente, mas deve ser administrada continuamente até que desapareçam os sinais da desidratação.
- Suspender a alimentação se adolescente estiver desidratado, até que não esteja mais desidratado.
- Orientar a evitar alimentos estimulantes do trânsito intestinal como café, refrigerantes, leite e derivados, doces, comidas gordurosas.
- Manter alimentação enquanto não houver sinais de desidratação.
- Oferecer dieta leve.
- Encaminhar o adolescente para consulta médica.
- Verificar temperatura.
- Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Normalização do hábito intestinal: () sim () não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ___/___/20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: FEBRE

1.1 Evidenciado por: T > 37,8° C

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Apresentar temperatura dentro dos parâmetros normais (T < 37,8°C)

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

() Encaminhar para o banho morno.

() Incentivar a ingesta hídrica.

() Orientar para o uso de vestimentas leves.

() Verificar a temperatura corporal de _____ horas até dia _____.

() Acompanhar consulta médica.

() Atentar para sinais de alerta: febre persistente, presença de manchas na pele, dor abdominal intensa e /ou distensão abdominal, vômitos persistentes, sinais meníngeos (rigidez de nuca, vômitos em jato, confusão mental), sangramento de mucosas.

() Comunicar a Enfermeira e encaminhar para atendimento médico imediato na presença de sinais de alerta.

() Outro:

Prescrição válida de ___/___/20__ até ___/___/20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ___/___/20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Temperatura corporal adequada: () sim () não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____/____/20____

Nome:

SMS:

1. DIAGNÓSTICO: IDEIAÇÃO SUICIDA

1.1. Evidenciado por:

- () relato de pensamento suicida, com ou sem planejamento
- () relato/histórico de tentativas de suicídio anteriores ao cumprimento de medida socioeducativa
- () relato intensificado de desesperança
- () histórico familiar de comportamento suicida
- () uso de medicamentos controlados

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Preservação da vida.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

- () Disponibilizar tempo para escutar o adolescente.
- () Encorajar o adolescente a expressar seus sentimentos e percepções.
- () Encorajar o adolescente a solicitar ajuda nos períodos de maior instabilidade.
- () Usar uma abordagem calma e segura com o adolescente.
- () Manter vigilância do adolescente.
- () Observar a presença de crises de choro, apatia, inapetência, autolesões, recusa em participar das atividades.
- () Solicitar apoio da equipe quando necessário.
- () Estimular atividades de distração.
- () Comunicar a Enfermeira e o técnico de referência de relatos de alucinação auditiva e/ou visual.
- () Colaborar com o ambiente livre de riscos.
- () Acompanhar adolescente em consulta médica.
- () Supervisionar a deglutição da medicação oral.
- () Administrar a medicação prescrita pelo médico.
- () Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Melhora do estado emocional: () sim () não
Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome:	SMS:
-------	------

1. DIAGNÓSTICO: INAPETÊNCIA
1.1 Evidenciado por: recusa alimentar

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)
Melhorar a aceitação da dieta.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
() Monitorar e estimular a aceitação da dieta.
() Realizar controle semanal do peso.
() Realizar reforço positivo em caso de melhora da aceitação da alimentação.
() Acompanhar consulta médica.
() Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Aceitação da dieta melhorada: () sim () não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____/____/20__

Nome:

SMS:

1. DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

1.1. Evidenciado por: danos às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Ausência de processo infeccioso e evolução adequada da cicatrização.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

() Registrar a localização da lesão, tamanho e aspecto.

() Atentar para a presença de sinais flogísticos: dor, calor e edema. Comunicar a Enfermeira.

() Realizar curativo simples com gaze, soro fisiológico x ____/dia, até dia ____.

() Orientar a lavar a lesão com água e sabão.

() Orientar a não molhar o curativo no banho.

() Outro:

Prescrição válida de ____/____/20__ até ____/____/20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____/____/20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução adequada da cicatrização: () sim () não
Ausência de lesão: () sim () não
Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____/____/20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: NÃO ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO
1.1 Evidenciado por: () recusar a medicação () esconder a medicação () trocar a medicação com outro adolescente () manifestar contrariedade frequente em relação ao uso da medicação () outros: _____

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)
Adesão ao regime medicamentoso

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
() Orientar sobre a medicação prescrita e a importância da adesão.
() Supervisionar a deglutição da medicação oral.
() Atentar para queixas relacionadas à medicação.
() Alertar sobre as consequências da troca de medicação com outro adolescente.
() Acompanhar o adolescente em consulta médica.
() Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20____ até ____ / ____ /20____.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Adesão ao regime medicamentoso: () sim () não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20____

Nome:

SMS:

1. DIAGNÓSTICO: NÁUSEA

1.1 Evidenciado por: sensação subjetiva da necessidade iminente de vomitar que está associada a estase gástrica

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Náuseas ausentes.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

() Orientar o adolescente para fazer refeições pequenas e frequentes.

() Restringir a ingestão de alimentos quentes, gordurosos, temperados, cafeína e doces.

() Oferecer dieta leve.

() Elevar a cabeceira.

() Observar perda de apetite seguido de dor abdominal difusa e mal localizada que com o passar do tempo passa a se localizar no quadrante inferior direito.

() Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20____ até ____ / ____ /20____.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Náusea ausente: () sim () não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20____

Nome:

SMS:

1. DIAGNÓSTICO: PESO PREJUDICADO

1.1 Evidenciado por: () IMC < 18,5 () IMC > 25

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Peso adequado.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

() Monitorar a aceitação da dieta alimentar.

() Realizar controle mensal do peso corporal.

() Realizar reforço positivo para o adolescente ao adotar hábitos alimentares saudáveis.

() Incentivar atividade física quando oportunizado.

() Investigar sentimentos demonstrados pelo adolescente em momentos de hiperfagia.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
<input type="checkbox"/> Orientar quanto a ingesta de alimentos adequados.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingesta hídrica.
<input type="checkbox"/> Correlacionar peso/altura e massa corporal.
<input type="checkbox"/> Encaminhar para psicólogo do Cense investigar comportamento emocional.
<input type="checkbox"/> Encaminhar para avaliação nutricional.
<input type="checkbox"/> Investigar hábitos alimentares anteriores à entrada do adolescente no Cense.
<input type="checkbox"/> Investigar história familiar.
<input type="checkbox"/> Orientar para os riscos à saúde causados pela obesidade.
<input type="checkbox"/> Incentivar a participar de oficinas de nutrição.
<input type="checkbox"/> Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Melhora do IMC: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: PIROSE

1.1 Evidenciado por: relato de sensação de queimação no esôfago.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Ausência de pirose.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
<input type="checkbox"/> Oferecer dieta leve.
<input type="checkbox"/> Elevar a cabeceira.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingesta hídrica fracionada.
<input type="checkbox"/> Acompanhar consulta médica.
<input type="checkbox"/> Informar sintoma ao médico prescritor em caso de uso de medicação psicotrópica.
<input type="checkbox"/> Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Ausência de pirose: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA
1.1. Relacionado a: <input type="checkbox"/> ausência de tratamento

() ausência de diagnóstico
() motivo desconhecido
() outro: _____
1.2. Evidenciado por: () PA \geq 140/90 mmHg () PA \leq 90/60 mmHg

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)
Estabilização dos níveis pressóricos.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
() Verificar pressão arterial ____ x por _____, durante _____.
() Elevar a cabeceira.
() Elevar os MMIIIs.
() Incentivar ingestão hídrica.
() Solicitar dieta especial.
() Acompanhar a consulta médica.
() Outro: _____

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
Melhora dos níveis pressóricos: () sim () não
Condução: _____

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

Nome: _____	SMS: _____
-------------	------------

1. DIAGNÓSTICO: SONO PREJUDICADO

1.1 Evidenciado por: relato de dificuldade para iniciar ou manter o sono durante um período de 7 dias.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)

Melhoria da qualidade do sono.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)

- Orientar para evitar dormir durante o período diurno.
- Investigar o padrão do sono, a qualidade e a quantidade de horas dormidas.
- Investigar se a queixa se refere a dificuldade para iniciar ou manter o sono.
- Orientar para uma rotina ao se deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta para o estado de sono.
- Ensinar medidas de relaxamento (exemplo: leitura, técnicas de respiração, meditação entre outras)
- Acompanhar em consulta médica.
- Supervisionar a deglutição da medicação oral.
- Verificar os efeitos da medicação em uso para indução do sono.
- Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20____ até ____ / ____ /20____.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20____

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Melhora da qualidade do sono: sim não

Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20____

Nome: _____ SMS: _____

1. DIAGNÓSTICO: VÔMITO
1.1 Evidenciado por: expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associado a contração da musculatura.

2. RESULTADO ESPERADO (Planejamento)
Vômito ausente.

3. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (Implementação)
 Oferecer dieta leve conforme aceitação.
 Orientar para o jejum enquanto persistirem os sintomas.
 Elevar a cabeceira.
 Atentar para sinais de desidratação: boca seca, sede, diurese diminuída.
 Orientar a aumentar a ingestão de água e outros líquidos incluindo solução de SRO (soro de reidratação oral) principalmente após cada episódio de vômito para evitar desidratação.
 Orientar o adolescente que está desidratado, mas sem sinal de gravidade, a intensificar a ingestão de solução de SRO, em pequenos volumes e aumentando a oferta e a frequência aos poucos. A quantidade a ser ingerida dependerá da sede do adolescente, mas deve ser administrada continuamente até que desapareçam os sinais da desidratação.
 Atentar para sinais de complicação: dor abdominal intensa, febre, vômitos em jato, rigidez de nuca, hematêmese, fezes pretas ou com sangue ou diarreia intensa. Encaminhar para atendimento médico imediato e comunicar à Enfermeira.
 Observar dor no quadrante inferior direito do abdome, de forma contínua, localizada e com intensidade fraca no início e aumentando gradativamente. Encaminhar para atendimento médico imediato e comunicar à Enfermeira.
 Registrar frequência, aspecto e coloração do vômito.
 Outro:

Prescrição válida de ____ / ____ /20__ até ____ / ____ /20__.

Enfermeira: _____

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

Aux. / Téc. de Enfermagem: _____ Data: ____ / ____ /20__

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
 Vômito ausente: sim não
 Conduta:

Enfermeira: _____ Data: ____ / ____ /20__

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Lêda Maria; CUBAS, Marcia Regina. **Cispescando em Curitiba: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de enfermagem na Rede Básica de Saúde.** Curitiba, 2005.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Processo de enfermagem: Guia para a prática.** São Paulo: COREN-SP, 2015.

CARVALHO, Conceição Almeida et al. Processo de enfermagem: experiências vivenciadas pelo enfermeiro assistencial. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, n. 8, p 207-2013, 2016.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2017). **CIPE Versão 2017: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n. 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados [Internet]. Brasília; 2009 [citado 5 dezembro de 2022]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>

DIAS, Silvia Mascarenhas et al. O processo de enfermagem baseado em Wanda Horta: relato de experiência. In: MOLIN, Rossano Sartori Dal (Org.) **Teoria e prática de enfermagem: da Atenção Básica à alta complexidade.** Ed. Científica Digital, 2021. p 179-189.

GUEDES, Damiana; FEITOSA, Fabio Biasotto; CAMPOS, Fagner Alfredo Ardisson Cirino. A construção do protocolo de enfermagem para operacionalizar o processo de enfermagem em saúde mental para Caps AD III. **Saúde em Redes**, n. 1, p 163-179, 2019.

SANTOS, Ieda Maria Fonseca et al. **SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: um guia para a prática.** Salvador: COREN-BA, 2016.

Santos, Marisa Gomes dos et al. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Revista Enfermagem em Foco**, n, 8, p 49-53.

SILVA, Paulo César da. **Implantação da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um CAPS**: um estudo de caso. 2014. Especialização (Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.



ePROTOCOLO



Documento: **RESOLUCAON46instrumentodeinfermagemCENSE.pdf**.

Assinatura Avançada realizada por: **Hilton Santin Roveda (XXX.419.409-XX)** em 16/05/2023 14:21 Local: SEJU/GS.

Inserido ao protocolo **19.861.727-0** por: **Jacqueline Silva Monteiro** em: 15/05/2023 12:43.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:
471e9123c6910a4edbc7efe3bad4ba46.



Diário OFICIAL Paraná

[Diário Oficial](#)[Matérias](#)[Desconectar](#)[Matérias > Acompanhamento](#)

Jacqueline Silva Monteiro

Acompanhamento de Matérias

[Todas em trâmite](#)

[Em Rascunho](#)

[Enviadas por mim](#)

[Para Minha Aprovação](#)

[Todas do órgão](#)

[Consultar matérias](#)

[Download do Manual](#)

MATÉRIA

Protocolo **52205/2023**

Título RESOLUÇÃO Nº 46, DE 15 DE MAIO DE 2023

Órgão [SEJU - Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania](#)

Depositário Jacqueline Silva Monteiro

E-mail rt.jacquelinesilva@sejuf.pr.gov.br

Enviada em 18/05/2023 15:24

Data de publicação

22/05/2023 Segunda-feira

Gratuita

Aprovada 18/05/23 15:45

Nº da Edição do Diário: 11423

[Histórico](#)

TRIAGEM REALIZADA

IMPRIMIR

VOLTAR

Diário Oficial Executivo

Secretaria da Justiça e Cidadania

Resolução-EX (Gratuita)

[RESOLUÇÃO Nº 46 instrumento de enfermagem CENSE DIOE.pdf](#)
490,44 KB

© 2010 - Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná -

DIOE

Praça Nossa Senhora de Salette, S/N - Centro Cívico

80530-909 - Curitiba - Paraná

[Telefones e Ramais](#)

CASA CIVIL

