

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	Versão 1.0 Fevereiro 2022	
		Data de Aprovação 04/02/2022	
VALIDADE 01 anos	Elaborado por: Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Revisado por: Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Aprovado por: Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
POP – 01 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	4
POP – 02 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)	8
POP - 03 PRECAUÇÕES PADRÃO DURANTE A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE	13
POP – 04 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DO SERVIÇOS DE SAÚDE	16
POP – 05 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS SUPERFÍCIES	19
POP – 06 CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)	21
POP – 07 TESTE BOWIE – DICK – INDICADOR QUÍMICO CLASSE II	32
POP – 08 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	35
POP – 09 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	43
POP – 10 SALA DE EMERGÊNCIA / OBSERVAÇÃO/ CLINICA MÉDICA	46
POP – 11 CONSULTA DE ENFERMAGEM	48
POP – 12 MÉTODOS PROPEDEÚTICOS	51
POP – 13 ADMISSÃO DO PACIENTE	58
POP – 14 VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO PORTÁTIL DE DEDO	61
POP – 15 GLICEMIA CAPILAR	63
POP - 16 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	66
POP – 17 CARRO DE EMERGÊNCIA	71
POP – 18 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	77
POP – 19 AVALIAÇÃO PUPILAR	80
POP – 20 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO	82
POP – 21 ADMINISTRAÇÃO POR VIA INTRAVENOSA	85
POP -22 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR	90
POP – 23 VIA SUBCUTÂNEA	94
POP – 24 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL	97
POP – 25 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR	101
POP – 26 VIA AURICULAR	105
POP – 27 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL	107
POP – 28 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL	111
POP – 29 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	115
POP – 30 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	118
POP - 31 INSULINA NPH E REGULAR	121
POP- 32 ADMISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)	124
POP- 33 GAVAGEM	127
POP- 34 SONDAGEM NASOGÁSTRICA	129
POP- 35 SONDA NASOENTERAL	131
POP- 36 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)	135
POP- 37 ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES	138
POP- 38 BANHO NO LEITO	141
POP- 39 MUDANÇA DE DECÚBITO	145
POP- 40 HIGIENE ORAL	146
POP - 41 LAVAGEM INTESTINAL	148
POP- 42 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	152
POP- 43 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	154
POP- 44 CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA	158
POP- 45 LAVAGEM INTESTINAL	160
POP- 46 LAVAGEM VESICAL	164
POP - 47 OXIGENOTERAPIA	166
POP- 48 NEBULIZAÇÃO	170
POP – 49 LIMPEZA E DESINFECÇÃO INTERNA DE AMBULÂNCIA	173

APRESENTAÇÃO

A gerência de enfermagem do Hospital Municipal Maria Verly Pinheiro de Santa Luzia D' Oeste-RO apresenta o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão – POPs. Os primeiros POPs foram elaborados visando à padronização da assistência de enfermagem prestada em todos os setores desse hospital, considerando a segurança do usuário, a valorização do servidor e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, além da diminuição de infrações éticas e ocorrência de erros, descrevendo cada passo sequencial, com o intuito de garantir/atingir o resultado almejado na sua realização, livre de variações indesejáveis.

Tendo em vista a atualização do pessoal de enfermagem bem como a produção e difusão de procedimentos operacionais que visem padronizar e qualificar o processo de trabalho da enfermagem. Considerando que os POPs são instrumentos para a Sistematização de Assistência de Enfermagem, esperamos que este manual colabore com a organização do processo de trabalho e norteie a prática estimulando o raciocínio, a tomada de decisão e as intervenções de forma humanizada, além de contribuir para avanços na assistência ao usuário nos diferentes serviços da rede municipal de saúde.

Em 2022, é lançada, edição do Manual de Procedimentos Operacionais (POP) de Enfermagem, aqui apresentado um trabalho elaborado pelo enfermeiro Carlos Magno Nogueira, revisão enfermeira Mikline Nogueira de Assis, aprovado pelos enfermeiros Edson Guzanky, Flavia Patricia da Silva e Suelen Araújo Leite. Após aprovação será implantado no Hospital Municipal Maria Verly Pinheiro, município de Santa Luzia D'Oeste-Rondônia.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 01 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação	de 04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

DEFINIÇÃO:

É a medida individual mais simples, rápida, econômica, eficaz e importante para prevenir a propagação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do cliente e dos profissionais de saúde.

OBJETIVOS:

Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia a permanência e a proliferação de microrganismos.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

- Todos os setores de enfermagem do hospital Maria Verly Pilheiro.
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após qualquer tipo de contato com o cliente;
- Antes e após a execução de procedimentos assistenciais;
- Após risco de exposição a fluidos corporais
- Após contato com superfícies próximas ao cliente
- Antes do preparo e manipulação de medicações;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Após assuar o nariz, espirrar ou tossir;
- Antes e após o uso de luvas

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Pia apropriada e destinada à higienização das mãos (com água instalada)
- Dispensador de sabonete líquido
- Sabonete líquido neutro e hipoalergênico
- Porta papel-toalha e papel-toalha descartável
- Lixeira para descarte de resíduos comuns com tampa acionada por pedal;

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

PROCEDIMENTO:

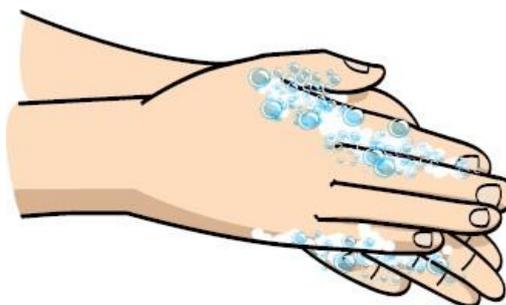
1. Conferir a presença de sabonete líquido e de papel-toalha.
2. Retirar os adornos (anéis, relógios e pulseiras) e dobrar os punhos da veste.
3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.



4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os

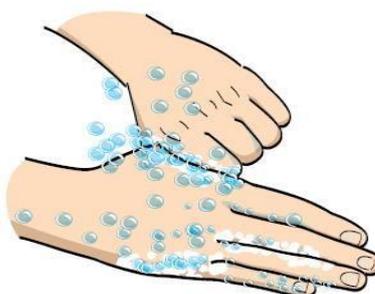
dedos, e vice-versa.



7. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem, e vice-versa.



9. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.

10. 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.

11. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa.



12. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos com a torneira.

13. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo para

os punhos.

RECOMENDAÇÕES

- A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.
- Recomenda-se manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais.
- Não utilizar sabonetes em barra, pois estes favorecem a contaminação cruzada.
- O uso de luvas não exclui a necessidade de higienização das mãos antes e depois.
- Utilizar, preferencialmente, torneiras de acionamento não manual. Caso a torneira seja de acionamento manual, esta deverá ser fechada ao término do procedimento utilizando papel-toalha.
 - Instalar o porta-papel próximo a pia, porém em local que não receba respingos de água e sabonete. O porta-papel deve ser de material que não favoreça a oxidação e que possibilite o uso individual, folha a folha.
 - Não utilizar toalhas de pano, nem secador elétrico para a secagem das mãos em serviços de saúde.
 - Evitar usar água muito quente ou fria e excesso de sabonete, pois provocam ressecamento das mãos.

RESPONSÁVEIS: Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. 16 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:** higienização das mãos. Brasília: 2009. 105 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento operacional padrão:** POP.CIH.001: Higienização das Mãos. Rio de Janeiro: EBSEH, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%83O+DAS+M%C3%83OS>. Acesso em: 23 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Procedimento operacional padrão:** POP.DE.008: Higienização das mãos. Minas Gerais: EBSEH, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os+final...pdf/45d79725-de5f-4248-bcb2-228ed7b9a258>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de referência técnica para a higiene das mãos:** para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. 2009. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual_de_Refer%C3%Aancia_T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 02 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação	de 04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patricia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araujo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

DEFINIÇÃO:

É um processo que visa proporcionar segurança aos profissionais no desenvolvimento de suas atividades, bem como aos clientes, evitando e reduzindo os riscos à saúde.

OBJETIVOS:

Padronizar o processo de paramentação e desparamentação dos EPIs utilizados durante o atendimento.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Avental
- Gorro/Touca descartável
- Luvas de procedimento ou estéreis (conforme procedimento a ser realizado)

- Máscara cirúrgica
- Máscara N95 ou PFF2
- Óculos de proteção e/ou protetor facial

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Avental
 - Gorro/Touca descartável
 - Luvas de procedimento ou estéreis (conforme procedimento a ser realizado)
 - Máscara cirúrgica
 - Máscara N95 ou PFF2
 - Óculos de proteção e/ou protetor facial

PROCEDIMENTOS:**Sequência de Paramentação:**

1. Reunir o material necessário.
2. Higienizar as mãos.
3. Vestir o avental primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos. Lembre-se: Nunca amarre o avental pela frente.
4. Colocar a máscara (cirúrgica ou N95 conforme atividade ou procedimento a ser realizado).
5. Higienizar as mãos.
6. Se óculos de proteção → Colocar óculos de proteção → 7. Colocar gorro/touca
Se protetor facial → Colocar gorro/touca → 7. Colocar protetor facial
8. Higienizar as mãos.
9. Calçar as luvas conforme procedimento a ser realizado e ajustá-las até cobrir o punho do avental.

Sequência de Desparamentação:

1. Retirar as luvas de procedimento ou estéreis; (Retire a primeira luva puxando-a pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta → Segure a luva removida com a outra mão enluvada → Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva, deixando a primeira luva dentro da segunda → Descarte as luvas na lixeira de resíduo infectante).

2. Higienizar as mãos.

3. Retirar o avental descartável com cuidado para não contaminar a roupa; (Abra as tiras e solte as amarras → Empurre pelo pescoço e pelos ombros de forma segura sem movimentos bruscos para não levantar gotículas, toque apenas na parte interna do avental → Retire o avental pelo avesso → Despreze no lixo infectante).

4. Higienizar as mãos.

5. Remover o gorro/touca puxando pela parte posterior da cabeça e descartar em lixo infectante. Obs.: Se estiver utilizando protetor facial removê-lo antes do gorro.

6. Higienizar as mãos.

7. Calçar luvas de procedimento.

8. Remover os óculos de proteção tocando delicadamente na extremidade lateral, próximo a região auricular.

9. Realizar a limpeza e desinfecção dos óculos e/ou protetor facial conforme descrito:

I. Utilizar água e sabão/detergente;

II. Secar manualmente com material absorvente limpo e macio;

III. Desinfetar por três vezes com álcool a 70% → borrifar e realizar a fricção por 30 segundos iniciando pela parte interna e depois externa, atentando-se para realizar o movimento em sentido unidirecional, do menos contaminado para o mais contaminado;

IV. Embalar ou armazenar em recipiente limpo destinado para sua guarda.

10. Retirar as luvas e descartar em lixo infectante.

11. Higienizar as mãos.

12. Retirar a máscara pelas tiras/elástico evitando tocar na parte da frente e higienizar as mãos novamente.

RECOMENDAÇÕES:

- Caso algum EPI esteja com sujidade aparente ou altamente contaminado inicie a remoção por esse dispositivo.

- A higienização das mãos durante o processo de paramentação e desparamentação pode ser feita com água e sabonete líquido (POP 01) ou formulação alcoólica a 70% (POP 02).

- Cuidados na colocação da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes; c) Encaixar o respirador sob o queixo; d) Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça; e) Ajustar o clip nasal no nariz; f) Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa.

Verificação positiva da vedação:

- Expire profundamente. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento.

- Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação.

- Repita os passos até que a máscara esteja vedada corretamente.

Verificação negativa da vedação:

- Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se ao rosto.

- O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação.

- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara na face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara na face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.

- Etapas para a retirada da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o elástico inferior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; c) Segurar o elástico superior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; d) Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na superfície interna; e) Higienizar as mãos.

Obs.: - Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para que não haja contaminação das tiras elásticas e para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização. O envelope com a máscara não pode ser hermeticamente fechado e deve ser identificado com o nome do usuário, data da primeira utilização da máscara e guardado em locais adequados, secos e ventilados.

- Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente. O descarte deverá ser feito em lixo infectante.

- Deverão ser consideradas as orientações do fabricante no que se refere ao tempo de uso/número de reutilizações da máscara N95/PFF2 ou equivalente.

- Inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **POP Equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19).** Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-POP-EPI-ver002-Final.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COVID-19:** orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Hospital Universitário Júlio Bandeira de Mello. **Procedimento/Rotina:** POP.SOST.001: Paramentação e desparamentação no atendimento à pacientes com suspeita/confirmação de Covid-19. Campina Grande, PB: EBSEH, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132097/4926566/POP.SOST.001+-PARAMENTA%C3%87%C3%83O+E+DESPARAMENTAC%C3%83O+%28COVID-19%29.pdf/fbfaad3f-1913-4970-b668-f00f4f42cd4f>. Acesso em: 30 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Hospital Universitário. **Procedimento operacional padrão:** POP.UVS.001: Paramentação e desparamentação no atendimento à pacientes com suspeita/confirmação de Covid-19. Teresina: EBSEH, 2020. p. 18-21. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16824/1864622/BS_402_HU-UFPI-wold-.pdf/c85c8445-5ab2-4200-bef0-4dac1d8575b4. Acesso em: 30 nov. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 03 PRECAUÇÕES PADRÃO DURANTE A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação	de 04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patricia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araujo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

DEFINIÇÃO:

As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os clientes, independente da suspeita ou não de infecções, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação.

OBJETIVOS:

Orientar o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, evitando e reduzindo a transmissão de infecções e a ocorrência de acidentes de trabalho e minimizando os riscos à saúde ocupacional.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:**Insumos para higienização das mãos**

- Luvas
- Avental
- Óculos de proteção
- Máscara
- Caixa de perfurocortantes

PROCEDIMENTOS:

1. Realizar a higienização das mãos: higienizar com água e sabonete líquido (POP 01) ou com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas - POP 02), antes e após o contato com qualquer cliente, antes e após o uso das luvas, após contato com sangue e/ou secreções e após o contato com as áreas próximas ao cliente.

2. Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa. Colocar as luvas imediatamente antes do contato com o cliente e retirá-las logo após o uso, descartando-as em lixo infectante.

3. Usar avental sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por sangue, fluido corporal, secreção e excreções, para proteger roupas e superfícies corporais, bem como evitar vinculação de micro-organismos patogênicos fora do ambiente de trabalho.

4. Colocar óculos de proteção quando o procedimento oferecer risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreções e excreções à mucosa ocular.

5. Utilizar máscara para proteger a face do profissional (nariz e boca) durante a realização de procedimentos com possibilidade de respingos de material biológico e sempre que houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas/aerossóis pelas vias áreas superiores.

6. Ter cuidado com a manipulação e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfurocortantes. Não retirar agulhas usadas das seringas descartáveis, não dobrá-las e nunca reencapá-las. O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados, rígidos e resistentes à perfuração. Seguir as orientações para montagem desses recipientes e nunca ultrapassar o limite indicado pela linha tracejada, a saber, 2/3 de sua capacidade.

RECOMENDAÇÕES:

As PP são recomendadas para aplicação em todas as situações e clientes, independente da presença de doença transmissível comprovada.

As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas.

Realizar a troca das luvas entre os clientes e entre um procedimento e outro no mesmo cliente.

Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar

avental impermeável.

Os óculos de proteção devem ser de uso individual. Após o uso realizar procedimento de limpeza e desinfecção, bem como armazenamento em local adequado.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Precaução padrão devem ser seguidas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/precaucoes_padrao.pdf. Acesso em: 04 dez. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospitais Universitários Federais. **Procedimento Operacional Padrão:** medidas de precaução e isolamento: POP/CCIH/005/2018. 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/4375831/POP+MEDIDAS+DE+PRECAU%C3%87%C3%83O+EBSER+2018-+ATUALIZADO.pdf/781dd1b3-faff-4b43-9e80-ffd9973378fb>. Acesso em: 04 dez. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 04 GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DO SERVIÇOS DE SAÚDE	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patricia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araujo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

DEFINIÇÃO:

De acordo com a RDC Anvisa nº 222/2018, geradores de RSS são todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal.

OBJETIVOS:

Segregar os resíduos e definir o descarte final visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- EPI's
- Saco plástico branco leitoso (**Grupo A**)
- Coletores com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados (**Grupo A e D**)
- Recipiente resistente, rígido e estanque com tampa que garanta a vedação (**Grupo B**)
- Caixa coletora para descarte de material perfurocortante (**Grupo E**)
- Saco preto (**Grupo D**)

PROCEDIMENTOS:

1. Utilizar os EPIs.
2. Segregar os RSS por grupo no momento e no local de sua geração.
3. Classificar e identificar o risco conforme suas características, de acordo com o quadro a seguir:

QUADRO RESUMO SEPARAÇÃO ADEQUADA DE CADA GRUPO DE RSS

A	B	C	D	E
RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTES	RESÍDUOS QUÍMICOS	RESÍDUOS RADIOATIVOS	RESÍDUOS COMUNS	RESÍDUOS PERFUROCORTANTES
(Sondas, curativos, luvas de procedimentos, bolsa de colostomia)	(Reveladores, fixadores de raio x, prata)	(Cobalto, Lítio)	(Fraldas, frascos e garrafas pets vazias, marmitex, copos, papel toalha)	(Agulhas, lâminas de bisturi, frascos e ampolas de medicamentos)
Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos brancos	Devem ser descartados em galões coletores específicos	Devem ser descartados em caixas blindadas	Devem ser descartados em lixeiras revestidas com sacos pretos	Devem ser descartados em coletor específico



Fonte: gruposalmeron.com.br

4. Acondicionar os resíduos no saco em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento. **Grupo A**

5. Acondicionar os resíduos infectantes em coletor de material liso, lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, coberta por saco plástico branco leitoso com a simbologia da substância infectante.

6. Permitir até 2/3 do volume da embalagem garantindo sua integridade e fechamento ou então a cada 48 horas, independentemente do volume. Se o resíduo for de fácil putrefação, estes devem ser trocados a cada 24 horas, independente do volume. **Grupo B**

7. Acondicionar os resíduos líquidos em recipiente constituído de material compatível com o líquido armazenado: resistente, rígido e estanque com tampa que garanta a vedação. **Grupo C**

8. Não há geração de resíduos deste grupo nos setores de enfermagem do IFPI. **Grupo D**

9. Acondicionar os resíduos em coletor de material liso, lavável, resistente a vazamento e

tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual forrado com saco preto, respeitando o limite de peso de cada saco. **Grupo E**

10. Acondicionar os materiais perfurocortantes em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

11. Substituir de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

12. Atentar para a contaminação do recipiente por agentes biológicos, químicos e substâncias radioativas, pois estes devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada. Descarte

Final

13. Identificar os sacos para acondicionamento com a simbologia impressa, sendo vedado o uso de adesivo. Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não necessitam ser identificados.

14. Orientar a equipe colaboradora do serviço de limpeza a utilizar, rigorosamente, os EPIs adequados para coleta e transporte dos RSS.

15. Destinar os resíduos comuns em locais apropriados conforme rotina do IFPI.

RECOMENDAÇÕES:

É expressamente proibido:

- O esvaziamento dos recipientes de perfurocortantes para o seu reaproveitamento ou transferência para completar outro recipiente e reaproveitamento de sacos.
- Reencapar ou desconexão das agulhas descartáveis após sua utilização.

RESPONSÁVEIS: Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018. **Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar. 2018.

OLIVEIRA, S. A. da S. **Gestão dos Resíduos dos Serviços de Saúde:** gerados pelo Centro Integrado de Atendimento à Saúde, Uberlândia - MG. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24283/1/Gest%C3%A3oRes%C3%ADduosServi%C3%A7os.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Hospital Universitário Lauro Wanderley. 128 **Procedimento Operacional Padrão: POP/Gerência de resíduos/01/2019:** gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde. João Pessoa, PB: EBSEH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/3801685/POP_Gerenciamento_de_Residuos.pdf/01afacca-d072-4e06-a4d4-2e3c084ab961. Acesso em: dez. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 05 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS SUPERFÍCIES	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patricia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araujo Leite COREN- 372.997 Enfermeira

DEFINIÇÃO:

Limpeza é a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). Desinfecção é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existentes em artigos ou superfícies.

OBJETIVOS:

Evitar a disseminação de microrganismos patogênicos no setor.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- EPIs
- Álcool a 70% para limpeza de superfícies
- Álcool em gel
- Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica)
- Compressas ou panos de limpeza, limpos e macios
- Detergente neutro
- Papel toalha

PROCEDIMENTOS:

1. Separar os materiais: EPIs, compressas ou panos, solução de água com detergente neutro e hipoclorito de sódio 1%, se necessário.
2. Retirar os objetos sobre a superfície e do interior dos armários ou equipamentos a serem limpos. Iniciar por mobiliários e/ou paredes e terminar pelo piso.
3. Retirar a poeira do móvel ou equipamento com um pano úmido dobrado, de forma unidirecional e sem repetir o mesmo lado do pano utilizado em superfícies diferentes.
4. Realizar, primeiramente, a limpeza em locais com presença de matéria orgânica, retirar este com papel toalha e logo após com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após secar a superfície, realizar os próximos passos.
5. Imergir o pano na solução de água com detergente e realizar limpeza em movimentos amplos utilizando sentido único, de uma extremidade para outra, do mais alto para o mais baixo e da parte menos para a mais contaminada no início de cada turno.
6. Retirar com pano umedecido em água limpa e enxugar a bancada.
7. Friccionar álcool 70% nas superfícies já limpas.
8. Organizar o setor e recolher o material, conforme recomendações.

RECOMENDAÇÕES:

As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais os profissionais terão contato durante o trabalho.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospitais Universitários Federais. **Procedimento operacional padrão: higienização hospitalar**: POP/CCIH/009/2016. 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSERH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae_97b44872c09f. Acesso em: 31 jul. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos **Operacionais Padrão (POP) de enfermagem**. Campinas, SP, 2016. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/45330699/manual-procedimentos-operacionais-padrao-pop-enfermagem-2016/40>. Acesso em: 31 nov. 2021

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 06 CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME):	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

O Centro de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para a saúde.

A RDC nº 15, de 2.012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Em seu artigo 4º, define:

III Centro de material e esterilização (CME): unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde;

IV Centro de material e esterilização de funcionamento centralizado: unidade de processamento de produtos para saúde que atende a mais de um serviço de saúde do mesmo gestor.

Segundo a RDC nº 50, de 2.002, as atividades que devem ser desenvolvidas no CME, são:

1. Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde
2. Lavar os produtos
3. Receber roupas limpas vindas da lavanderia

4. Realizar o empacotamento
5. Esterilizar os produtos por meio de métodos físicos
6. Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização dos produtos
7. Acondicionar e distribuir os instrumentais e roupas esterilizadas
8. Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor

CONCEITOS:

Limpeza

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujeira, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

Descontaminação:

É o processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguros para o manuseio.

Desinfecção

É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.

Esterilização

É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10^{-6}). A esterilização é realizada pelo calor, óxido de etileno, radiação e outros.

Artigos

Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (comadres, papagaios), acessórios de equipamentos, instrumental odontológico e outros.

Superfícies

Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais

instalações.

OBJETIVOS:

Oferecer níveis de segurança de limpeza, desinfecção de alto nível e esterilidade dos artigos, aos clientes e profissionais da saúde envolvidos no processo.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Central de Material e Esterilização

MATERIAL NECESSÁRIO:

ARTIGOS (plástico, acrílico ou borracha):

- EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos de proteção e luvas de látex)
- Água e detergente neutro
- Esponja macia
- Escova de mamadeira
- Balde ou bacia plástica com tampa (opaco)
- Panos ou flanelas limpas e secas
- Seringa de 20ml
- Caixa plástica organizadora de material rígido, lavável, com tampa, lacre e

identificação como segue o modelo:

Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade do material

Escova de cerdas duras e finas

Compressas ou panos limpos e macios

Água

Detergente enzimático

Papel grau cirúrgico

Seladora térmica

Fita crepe com indicador químico adequado a embalagem

Caneta própria para registro em papel grau cirúrgico

Tesoura

PROCEDIMENTOS:

I. Higienizar as mãos;

II. Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional, os fluídos

corporais, matéria orgânica e não orgânica;

III. Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os materiais, acessórios e soluções estão disponíveis e aptos para uso, fazendo higienização e desinfecção das mesas,

bancadas, caixas e armários com álcool a 70%;

IV. Recepcionar os materiais em recipiente fechado, com tampa e conferi-los;

V. Separar os artigos que serão processados: os pesados, os delicados e os com características perfurocortantes devem ser lavados primeiro e separados dos demais para prevenir acidentes durante o processo de limpeza;

VI. Desmontar/destravar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões, todas as partes do instrumental devem ficar expostas à ação do detergente enzimático e a escovação manual (interno e externo);

VII. Realizar pré-limpeza, removendo a sujidade grosseira dos instrumentais com água corrente ou jato de água sob pressão;

VIII. Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição, com as articulações abertas e lumens preenchido com auxílio da seringa de 20 ml, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante;

IX. Retirar todos os instrumentais da solução enzimática sem desprezá-la e retornar um por vez para o processo de escovação com imersão, isso ajuda a prevenir acidentes com os artigos pontiagudos ou cortantes, os quais devem ser friccionados dentro da solução, com escova de cabo longo;

X. Realizar limpeza manual com auxílio de escovas e ou acessórios de limpeza não abrasivos, realizando fricção delicada em todas as superfícies do artigo (interno e externo), nas articulações e cremalheira das pinças, na direção das ranhuras, do sentido proximal para o distal, por no mínimo 5 vezes, repetindo esse procedimento até a eliminação de sujidade visível, mantendo os artigos submersos na solução detergente para evitar a formação de aerossóis com microorganismos;

XI. Friccionar a superfície interna de cada lúmen com uma escova macia, ajustada ao tamanho do lúmen, no mínimo 5 vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível;

XII. Utilizar as esponjas não abrasivas para friccionar superfícies lisas e extensas como bacia, cúpula, cuba rim entre outras. As brocas devem ser friccionadas com escova específica

devido a dificuldade para remover as sujidades aderidas;

XIII. Desprezar a solução com detergente enzimático a cada uso para que não sature com excesso de matéria orgânica e diminua a sua eficácia, além de se tornar substrato para as bactérias, propiciando aumento da contaminação dos artigos;

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

adversas nos pacientes;

XV. Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, para inspeção do material quanto a limpeza e condições de uso, antes de encaminhar para a secagem na área de preparo. Se identificar inadequação devolver o material para nova limpeza;

XVI. Colocar os materiais em recipiente limpo, previamente desinfetado, com tampa, forrado com pano limpo ou toalha descartável (TNT) de cor clara que não liberem fibras, lembrando que os maiores e mais pesados devem ser colocados embaixo dos mais leves e delicados;

XVII. Encaminhar para a área de preparo e/ ou para sala/processo de desinfecção química, onde a secagem deve ser realizada o mais rapidamente possível, pois a umidade favorece o crescimento microbiano, interfere no processo de esterilização, dilui os desinfetantes e causa manchas e corrosão na superfície dos produtos para saúde, para materiais com lumens ou delicados é recomendável a secagem com jatos de ar comprimido medicinal;

XVIII. Após o término do processamento dos artigos: Lavar escovas e acessórios de limpeza e guardar em local adequado, higienizar e guardar as caixas plásticas, lavar, secar, desinfetar (quando aplicável) e guardar as EPI reutilizáveis (luvas de borrachas, óculos ou protetor facial), guardar os produtos químicos e utilizados no processo em local adequado, deixar hamper vazio, pia limpa e seca, friccionar álcool 70% em todas as bancadas, após limpeza;

XIX. Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem;

XX. Higienizar as mãos.

PREPARO E ACONDICIONAMENTO

A fase do preparo ocorre na área limpa e fazem parte desse processo: a inspeção

criteriosa da limpeza dos produtos para saúde observando se tem presença de matéria orgânica que pode impedir o contato do agente esterilizante, proteger os microrganismos ou interferir na ação do agente esterilizante, além de provocar eventos adversos de ordem imunológicas nos pacientes, e de resíduos inorgânicos que por sua vez, podem causar danos ao instrumental tanto de ordem estética como funcional; a avaliação da integridade e funcionalidade dos instrumentais, pois podem causar danos ao paciente, ampliar o tempo de duração do procedimento e gerar insatisfação para equipe usuária; e a secagem dos materiais que deve ocorrer o mais breve possível, pois a umidade presente nos artigos torna-se condição favorável à sobrevivência e ao crescimento microbiano com conseqüente formação de biofilme, (SOBECC, 2013; RUTALA, 2008; PSALTIKIDIS, RIBEIRO, 2011).

Na etapa subsequente é importante seguir todas as diretrizes recomendadas para o preparo e acondicionamento dos materiais, de acordo com o processamento escolhido, em invólucro compatível com o processo e o material. Tendo como objetivo manter a esterilidade do artigo e/ou desinfecção, a vida útil, condição para transporte e armazenamento até sua utilização, favorecendo transferência asséptica sem risco de contaminação.

Para o acondicionamento de produtos críticos, a equipe da CME deve ser capacitada para avaliar, selecionar e utilizar o sistema de embalagens, o qual trata-se da combinação do sistema de barreira estéril e a embalagem de proteção.

A RDC N°15, de 15 de março de 2012 normatiza que as embalagens utilizadas para a esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à Anvisa, para uso específico em esterilização, devendo garantir a manutenção da esterilidade do conteúdo, bem como a sua transferência sob técnica asséptica; Não é permitido o uso de embalagens de papel kraft, papel toalha, papel manilha, papel jornal e lâminas de alumínio, assim como as embalagens tipo envelope de plástico transparente não destinadas ao uso em equipamentos de esterilização; Também não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde.

Tipos de embalagem:

Tecido de Algodão: Os campos de algodão utilizados como sistema de barreira devem seguir a terminologia, as características e as especificações para confecção dos tecidos determinadas pela Associação Brasileira de Norma técnicas (ABNT) na NBR 14027 para campo simples e NBR 14028 para campo duplo. Eles tem indicação restrita para esterilização a vapor; devem ser lavadas a cada uso para a restauração da umidade das fibras, facilitando assim a penetração do agente esterilizante; e por isso também não deve passar por processo

de calandragem ou ser passado a ferro para que a fibra não resseque e dificulte a penetração do agente esterilizante. (SOBECC, 2013; APECIH,2010).

O papel grau cirúrgico (PGC): é um sistema de barreira estéril descartável, muito utilizado por ser compatível com vários tipos de métodos de esterilização disponíveis, como vapor sob pressão, óxido de etileno, entre outros. Possui legislação específica, NBR, ABNT 14990:2004, está disponível em gramatura de 60 a 70 mg/m². Tem entre outras vantagens (SOBECC, 2013; APECIH,2010).

RECOMENDAÇÕES:

Atribuições do Enfermeiro

- I. Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- II. Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- III. Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- IV. Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- V. Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados no CME;
- VI. Zelar pela limpeza e organização desse setor;
- VII. Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- VIII. Conferir e assinar os impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos;
- IX. Fazer escala mensal e de tarefas;
- X. Realizar treinamento e educação permanente da equipe;
- XI. Realizar avaliação periódica dos profissionais do setor junto ao Gestor local;
- XII. Comunicar imediatamente ao Gestor local qualquer déficit que possa impactar na assistência de forma direta ou indireta e documentar;
- XIII. Notificar qualquer desvio de qualidade e comunicar o gestor local;
- XIV. Acompanhar a utilização do livro de vasos de pressão;
- XV. Verificar junto ao técnico de enfermagem do setor, as condições das caixas para transporte dos materiais a serem esterilizados (limpeza e vida útil das caixas com tampa);

XVI. Comunicar o gestor local a necessidade de substituição das caixas de transportes de materiais;

XVII. Monitorar o esquema de vacinação dos profissionais do setor.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem e do auxiliar

- I. Imprimir ou preencher os impressos de controle;
- II. Receber e conferir os materiais;
- III. Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;
- IV. Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- V. Receber e preparar as roupas;
- VI. Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio;
- VII. Realizar controle dos indicadores biológicos;
- VIII. Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;
- IX. Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora¹;
- X. Realizar o preparo das soluções enzimáticas;
- XI. Manter o CME limpo e organizado;
- XII. Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sob supervisão do enfermeiro;
- XIII. Comunicar gestor local e/ou Enfermeiro do CME qualquer necessidade de manutenção de equipamentos, provisão de insumos faltantes e substituição das caixas para transporte.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO

I. Os materiais devem ser distribuídos de maneira uniforme na autoclave e não devem tocar as paredes internas. Devem ser organizados em cestos aramados, de modo vertical a fim de facilitar a entrada e a circulação do vapor, permitindo a exposição ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto, bem como a eliminação do ar. Sugere-se o espaçamento de um centímetro entre os pacotes (PADOVEZE et al., 2010), acomodando-se pacotes maiores embaixo dos menores; recomenda-se que artigos côncavo-convexos tais como bacias e cubas rim sejam dispostos verticalmente; e artigos como jarros, cálices e frascos sejam dispostos emborcados, com a abertura para baixo (RUTALA e WEBER, 2008). A disposição correta permite a secagem da carga de forma eficiente;

II. Utilizar no máximo 80% da capacidade da câmara do equipamento;

III. Os pacotes de grau cirúrgico devem ser posicionados para que o lado do filme esteja em contato com o lado do filme do outro pacote. Da mesma forma, as superfícies de papel devem estar em contato entre si. Esse processo evita que a água condensada no lado do plástico seja absorvida no papel;

IV. As caixas devem estar destampadas para facilitar a penetração do vapor e envoltos em papel grau cirúrgico;

V. Deve-se evitar colocar, em uma mesma carga, produtos feitos de materiais muito diferentes entre si (ex: tecidos com borracha ou metais com borracha);

VI. Não esterilizar materiais têxteis e caixas de instrumentais na mesma carga. Se extremamente necessário, os materiais têxteis deverão ser colocados na parte superior e os instrumentais na inferior;

VII. Os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente, antes do manuseio, para reduzir o risco de contaminação de um pacote molhado. Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação;

VIII. Seguir as normas de funcionamento do equipamento;

IX. Realizar anotações de todos os parâmetros durante o ciclo em impresso apropriado;

PRAZO DE VALIDADE PÓS ESTERILIZAÇÃO

O prazo de validade dos materiais esterilizados está relacionado à:

I. Integridade da embalagem (ausência de rasgos, perfurações, fissuras);

II. Ausência de manchas ou umidade no pacote;

III. Ausência de sujidade no pacote;

IV. Presença da ativação do integrador químico;

V. Local de armazenamento.

A determinação do prazo de validade de itens estéreis está relacionada às condições de estocagem e integridade das embalagens. Sendo assim, definiu como sendo de 15 dias para materiais metálicos (pinças, tesouras, kit sutura), e 30 dias para tecidos (gazes, compressas etc...), levando em consideração o fluxo dessa unidade.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

A área de estocagem dos materiais deve ser planejada de forma a manter a esterilização

dos artigos e facilitar o uso dos mesmos. Estes devem ser armazenados de forma organizada, preferencialmente em prateleiras fechadas. Caso não seja possível, pode-se armazená-los em prateleiras abertas, no entanto, estas merecem maior atenção no que se refere ao controle de fluxo de pessoal, limpeza e ventilação. Além disso, devem manter distância do teto, piso e paredes.

Recomendações para artigos esterilizados

I. Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios, antes de estocá-los ou removê-los da autoclave;

II. Estocar os produtos esterilizados em local de acesso restrito, separados de itens não estéreis, em ambiente bem ventilado;

III. Proteger os produtos de contaminação, danos físicos e perdas durante o transporte, utilizando recipiente rígido e limpo;

IV. Estocar os itens estéreis a uma distância de 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm das paredes;

V. Fazer a estocagem dos pacotes dos artigos de modo a não comprimir, torcer, perfurar ou comprometer a sua esterilidade, mantendo-os longe de umidade;

VI. Estocar os materiais respeitando a ordem cronológica da esterilização, mantendo à frente os materiais esterilizados há mais tempo, conseqüentemente com menor tempo de validade;

VII. Efetuar inspeção periódica dos itens estocados, verificando se há sinais de degradação ou expiração do prazo de validade do processo de esterilização;

VIII. Evitar manipular o material desnecessariamente.

Não utilizar os artigos que apresentarem as seguintes alterações:

I. Pacotes com papel grau cirúrgico amassado, rasgado, torcido;

II. Pacotes que caírem no chão;

III. Invólucro com umidade ou mancha;

IV. Suspeita de abertura da embalagem;

V. Presença de sujidade no pacote ou no material;

VI. Pacote não íntegro;

VII. Prazo de validade expirado.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: Acesso em: nov. 2022.

CALICCHIO, L.G.; LARANJEIRA, P.R. **Controle de esterilização: Monitoramento e Validação do Processo.** In: PADOVEZE, M.C.; GRAZIANO, K.U. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. APECIH; 2010. cap. 8.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. **Dispõe sobre o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.** In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos de Enfermagem. Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo, 1997.p 43. PADOVEZE, M.C. Limpeza, desinfecção e esterilização: Aspectos Gerais. In: PADOVEZE, M.C.; GRAZIANO, K.U. **Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde.** São Paulo, APECIH; 2010. p. 1-35.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO, **RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC).** Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde, 7. ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 07 TESTE BOWIE – DICK – INDICADOR QUÍMICO CLASSE II	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE 01 anos	Elaborado por: Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Revisado por: Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Aprovado por: Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Realizar o teste nas autoclaves com pré-vácuo, a fim de monitorar todos os parâmetros que podem afetar o processo de esterilização, como: Vapor super saturado, presença de gases não condensáveis, super aquecimento e presença de bolhas de ar.

OBJETIVO:

Manter o aparelho em perfeito estado de conservação e funcionalidade, garantindo total eliminação de todas as formas de microrganismos prejudiciais à saúde.

CAMPO DE APLICAÇÃO

CME – Central de Material e Esterilização

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Caneta
- Autoclave
- Folha do teste
- Pacote desafio
- Fita de identificação
- Caderno ou impresso próprio para anotação e arquivo dos testes realizados

PROCEDIMENTOS:

PERIODICIDADE – diariamente, sempre na primeira carga do dia;

RECURSOS NECESSÁRIOS

1. Autoclave à vácuo
2. Folha do teste
3. Pacote desafio
4. Fita de identificação

Caderno ou impresso próprio para anotação e arquivo dos testes realizados

PERIODICIDADE – diariamente, sempre na primeira carga do dia

PASSO A PASSO**CONFECÇÃO DO PACOTE MANUAL**

-Higienizar as mãos conforme protocolo

-Utilizar EPI recomendados

-Ligar a autoclave para o aquecimento

1. Preparar pacote desafio –com campos, compressas, lençol (se for o caso), colocar a folha teste no centro geométrico do pacote;
2. Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva;
3. Identificar o pacote como TESTE e nome do profissional responsável;
4. Colocar o pacote no rack da autoclave, com a câmara vazia na parte frontal da autoclave;
5. Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave, conforme recomendações do fabricante da autoclave (134^o C e não deve ultrapassar 4 minutos);
6. Aguardar o completo resfriamento da autoclave, antes de abri-la; depois de aberta aguardar 20 minutos com a porta entreaberta para secagem;
7. Abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste.

A não uniformidade na cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Antes de solicitar manutenção, fazer novo processo conforme descrito, pois o aquecimento indevido da autoclave pode interferir no resultado. Caso mantenha as alterações na Mudança de cor da folha teste (veja figura 01) a autoclave deverá ser interdita e avaliada pelo técnico responsável; após a manutenção da

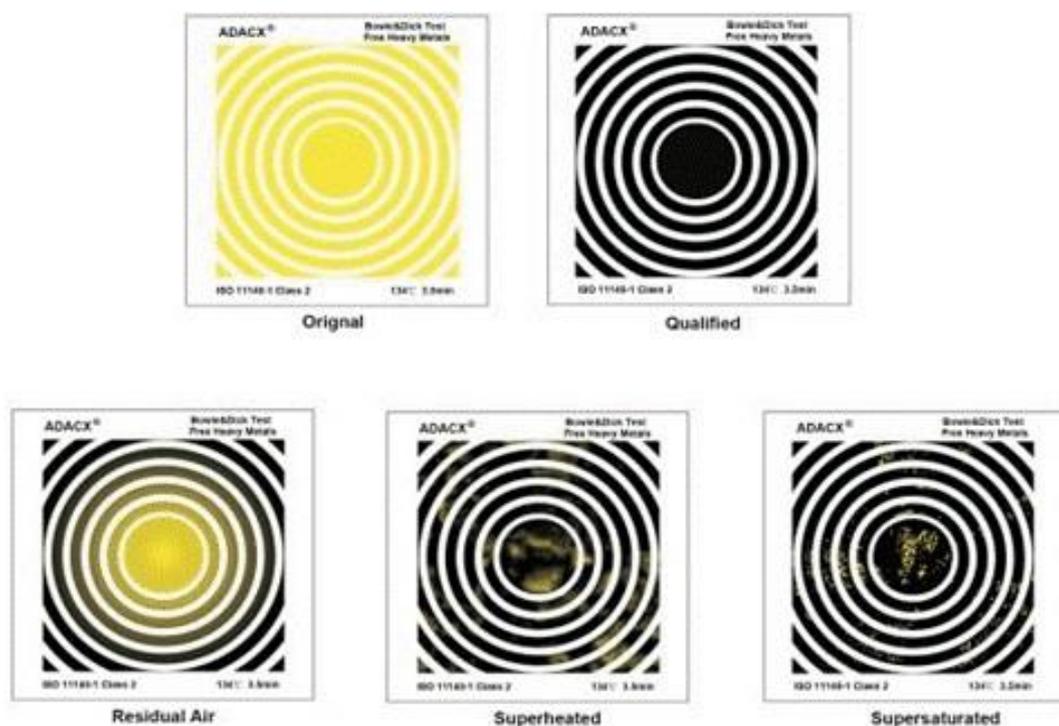
mesma realizar um novo teste do uso;

9 Identificar na folha do teste a data, hora, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando esse documento conforme rotina;

10 Deixar o ambiente em ordem;

11 Higienizar as mãos;

FIGURA 01 mudanças na coloração dos testes:



RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (APECIH). **Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde.** São Paulo, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 15/2012.** Brasília, 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0
	POP - 08	Data de	Fevereiro
	VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	Aprovação	2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

São indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Os sinais vitais são: pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor.

OBJETIVOS:

Estabelecer os padrões basais, observar tendências, identificar problemas fisiológicos e monitorar a resposta do cliente ao tratamento.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Relógio com ponteiros de segundo;
- Bandeja;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Bolas de Algodão embebidas em álcool 70%;
- Termômetro;

- Papel toalha;
- Caneta e papel;
- Escalas de mensuração de dor.

PROCEDIMENTOS:**VERIFICAÇÃO DO PULSO**

1. Higienizar as mãos;
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Preparar o material necessário.
4. Posicionar o cliente em posição confortável: se o cliente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo; se estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão votada para baixo.
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as.
6. Palpar a artéria escolhida (artéria radial, por exemplo).
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente.
8. Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto.
9. Verificar a frequência, ritmo e intensidade do pulso. Repita o procedimento, se necessário.
10. Higienizar as mãos (POP 01).
11. Anotar o procedimento realizado no prontuário do cliente, registrando a frequência em bpm e descrevendo as características do pulso encontrado.
12. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem. Definição de Pulso: É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, durante um minuto. Para sua verificação, utiliza-se a polpa dos dedos indicador e médio, por meio da palpação de uma artéria, geralmente a artéria radial, contando-se no período de um minuto o número de batimentos e verificando-se suas características: intensidade ou amplitude (pode ser cheio ou filiforme), ritmicidade (pode ser regular, irregular ou arritmia) e simetria (iguais em ambos os membros).

Terminologia:

- Taquisfigmia: Pulso acelerado
- Bradisfigmia: Pulso lento

- Pulso normocárdico: Pulso com valor normal

Principais locais de avaliação do pulso:

Pulso braquial, pulso radial, pulso femoral, pulso carotídeo, pulso pedioso, pulso poplíteo, pulso tibial posterior.

VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

1. Higienizar as mãos.
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Posicionar o cliente em posição confortável, preferencialmente posição supina ou sentada.
4. Manter a privacidade do cliente.
5. Afastar a roupa do cliente para descobrir o esterno e o lado esquerdo do peito.
6. Realizar a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%.
7. Localizar os pontos de referência anatômicos para identificar o pulso apical.
8. Colocar o diafragma do estetoscópio na palma da mão por 5 a 10 segundos.
9. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o pulso apical (quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular), e auscultar em busca dos sons cardíacos (ouvidos como Tum Ta)
10. Quando auscultar os sons cardíacos olhar para o relógio e começar a contar a frequência; começar a contar do zero e em seguida um, dois e assim por diante. Conte por 1 minuto.
11. Note se a frequência cardíaca está regular ou irregular.
12. Realizar novamente a assepsia das olivas do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool a 70%.
13. Realizar a higienização das mãos.
14. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de Frequência Cardíaca: É o número de vezes que o coração bate ou cicla durante um minuto. É expressa em bpm (batimentos por minuto).

Normocárdico: Frequência Cardíaca dentro dos valores de referência.

Taquicárdico: Frequência Cardíaca acima dos valores de referência.

Bradicárdico: Frequência Cardíaca abaixo dos valores de referência.

VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. Higienizar as mãos.
2. Orientar a cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Colocar o cliente sentado ou deitado.
5. Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 1 minuto.
6. Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração.
7. Higienizar as mãos.
8. Manter o ambiente em ordem.
9. Realizar as anotações no impresso próprio.
10. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de frequência respiratória: É a mensuração do número de incursões respiratórias em um minuto (irpm).

TIPOS DE PADRÃO RESPIRATÓRIO

Eupneia: Movimentos respiratórios normais.

Bradipneia: A frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (abaixo dos valores de referência).

Taquipneia: A frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (acima dos valores de referência).

Apneia: As respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.

Hiperpneia: As respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (acima dos valores de referência). Ocorre normalmente durante o exercício físico.

Ortopneia: Dificuldade de respirar sem estar com o tórax ereto.

Hiperpneia: Frequência e/ou amplitude aumentada dos movimentos respiratórios.

Cheyne-stoke: Caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de incursões inspiratórias cada vez mais profundas e rápidas até atingir um máximo, para depois vir descendo até nova apneia.

Kusmaul: Respiração rápida, sem pausas, em adultos mais de 20 iprm, a respiração

em geral soa forçada, parecendo suspiros.

Biot: Apneia seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios uniformes quanto ao ritmo e amplitude

AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

1. Higienizar as mãos.
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir material necessário.
4. Posicionar o braço do cliente com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, na altura do coração.
5. Palpar a artéria braquial.
6. Colocar o manguito adequado ao tamanho da circunferência do braço, firmemente de dois a três centímetros acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
7. Palpar o pulso radial, fechar completamente a válvula de pressão do bulbo no sentido horário e inflar o manguito até desaparecer a pulsação da artéria.
8. Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e posicionar a campânula sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
9. Orientar o cliente para que não fale ou se mexa durante a aferição.
10. Liberar a válvula de pressão lentamente e determinar a Pressão Arterial Sistólica (PAS) no aparecimento do primeiro som, que se intensifica com o aumento da deflação.
11. Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), continuando a deflação, no desaparecimento do som.
12. Realizar a deflação rápida e completa e retirar o manguito.
13. Informar o valor da medida ao cliente.
14. Dar destino adequado aos materiais.
15. Higienizar as mãos (POP 01).
16. Realizar as anotações no prontuário do cliente, constando o valor da medida, local e posição da aferição, uso prévio de medicamentos, ocorrências adversas e as medidas tomadas.
17. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de pressão arterial: É a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo

esquerdo.

Nomenclatura

Pressão Arterial Normal: Pressão sistólica menor ou igual a 120mmHg e pressão diastólica menor ou igual a 80 mmHg.

Pré-Hipertensão Pressão: sistólica entre 121 e 139mmHg ou pressão diastólica entre 81 e 89 mmHg.

Hipertensão Estágio 1: Pressão sistólica entre 140 e 159mmHg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg.

Hipertensão Estágio 2: Pressão sistólica entre 160 e 179mmHg ou pressão diastólica entre 100 e 109.

Hipertensão Estágio 3: Pressão sistólica acima de 180 mmHg ou pressão diastólica acima de 110 mmHg.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR

1. Higienizar as mãos.
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%, com movimentos unidirecionais por três vezes.
5. Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou sentado, expondo ombro e braço.
6. Verificar se as axilas estão íntegras e secas.
7. Enxugar a axila escolhida com papel toalha.
8. Colocar o bulbo do termômetro na região côncavo axilar do cliente mantendo o braço encostado ao tórax com a mão tocando o ombro do lado oposto.
9. Manter nesta posição, aguardar o alarme do termômetro (média de 2 há 3 minutos).
10. Verificar o valor obtido.
11. Limpar o termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%.
12. Guardar o material em local próprio.
13. Higienizar as mãos.
14. Anotar o valor da temperatura no prontuário do cliente.
15. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de temperatura axilar: É a mensuração e o registro da temperatura axilar.

MENSURAÇÃO DA DOR

A dor não é um aspecto simples de se avaliar, pois é sempre subjetiva: não conseguimos visualizar a dor por meio de um exame de imagem, por exemplo. Assim, toda a avaliação do cliente com dor é feita a partir de seu próprio relato. Ela é uma condição complexa e exige que a sua avaliação aborde diversos aspectos. Além da intensidade, é fundamental conhecer as características da dor, o que a faz piorar ou melhorar e quais são os seus impactos na vida do cliente.

Passos para avaliar a dor:

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Usar as seguintes perguntas:
 - Quando iniciou a dor?
 - De que forma ela apareceu?
 - A dor é contínua? Ou intermitente?
 - Qual o período do dia em que ela piora?
 - Como é a dor?
 - Qual é a intensidade da dor?
 - Onde dói?
 - Que fatores aliviam a dor?
 - Que fatores pioram a dor?
4. Examinar o cliente.
5. Escolher o tipo de escala de mensuração da dor que vai utilizar.
6. Aplicar a escala de mensuração da dor.
7. Registrar as informações adquiridas no prontuário do cliente.
8. Lavar as mãos.

Tipos de escala de mensuração da dor:

A equipe de enfermagem deverá utilizar a Escala Visual/Verbal numérica (EVN) para clientes conscientes e com boa capacidade cognitiva. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade

máxima imaginável).

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

POTTER, Patrícia et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol., v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Procedimentos de Enfermagem: POP FACENF Nº 04: sinais vitais**. Minas Gerais: EBSEH, 2019. Disponível em: https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF_Sinais-Vitais-n.-04.1.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão	1.0
	POP - 09		Fevereiro 2022
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

As anotações de enfermagem consistem na formalização escrita de todos os cuidados prestados pela equipe de enfermagem. É uma atividade técnica que deve ser realizada por todos os participantes do processo de cuidar.

OBJETIVOS:

Assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações para subsidiar o estabelecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assegurando uma assistência eficaz e isenta de riscos e danos ao paciente e respaldo para o profissional do ponto de vista garantir a continuidade das informações e promover segurança legal e ético ao profissional de enfermagem.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prontuário de papel ou meio eletrônico;
- Caneta esferográfica azul ou preta, vermelha no período noturno;
- Carimbo (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

PROCEDIMENTOS:

- O Registro deve conter a informação verdadeira e completa;
- Registrar nome completo do paciente, data, hora do atendimento e idade;
- Condições de chegada (deambulando, cadeira de rodas etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Queixas relacionadas ao motivo da procura pelo atendimento;
- Registrar procedimentos/cuidados realizados incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem, além dos cuidados de rotina e encaminhamentos;
- Registrar as observações efetuadas e sinais e sintomas referidos pelo paciente;
- Registrar intercorrências com o paciente;
- Registrar resposta do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro e/ou médico e a conduta adotada em cada situação;
- Registrar as orientações fornecidas a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional;
- Registrar todo e qualquer procedimento realizado no usuário sobre sua responsabilidade;
- **Nunca** registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- O Registro deve ser elaborado após realização da assistência e nunca antes;
- Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- Devem ser precedidas de data e hora, assinadas ao final (o uso do carimbo faz parte da assinatura);
- Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- O Registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em Enfermagem;
- O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, data de nascimento e outro dado que o identifique, como o nome da mãe, por exemplo;
- A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- Utilizar apenas abreviaturas previstas em literatura;

- Sempre utilizar impressos próprios e padronizados pela instituição.

RECOMENDAÇÕES:

- O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o prontuário;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;
- O Registro deve conter as informações subjetivas fornecidas pelo usuário, familiares ou mesmo por outro membro da equipe registrado entre “aspas”;
- Devem ser evitados termos como gíria, clichês (lugares comuns) e rótulos (qualificações simplistas) a não ser que sejam colocações do paciente e ou familiar;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o usuário, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen nº 441/2013.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução no 545/2017, art 5. Dispõe a obrigatoriedade de aposição do carimbo em todo e qualquer trabalho profissional de Enfermagem, 2017.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.

Prefeitura Municipal de Campinas, Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem, 2014. RIO GRANDE DO SUL. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decisão nº 115/2006. Normatiza os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 10 SALA DE EMERGÊNCIA / OBSERVAÇÃO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação	de 04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

OBJETIVOS:

Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de emergência, observação e clínica médica.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Matérias a higienização da sala;
- Formulários checklist;

PROCEDIMENTOS:

1. Organizar a sala, verificar a higienização da sala e solicitar limpeza se necessário;
2. Checar diariamente o cilindro de oxigênio, e se necessário comunicar a chefia de enfermagem, para chamar a manutenção e registrar em livro de ocorrência;
3. Repor e checar materiais e medicamentos;
4. Checar funcionamento dos equipamentos de uso diário (Glicosímetro, esfigmomanômetro, balanças, termômetro, nebulizadores etc.). Comunicar a gerência em caso de mau funcionamento;
5. Executar os procedimentos conforme prescrição do médico, enfermeiro checando na própria receita e prontuário a data, horário, procedimento realizado, carimbo e assinatura do profissional executante, preenchendo a seguir a ficha ou formulário próprio de produção;

6. Conferir e repor materiais de uso diário (seringas, agulhas, álcool, algodão, medicamentos etc.);

7. Verificar diariamente o nível da caixa de perfurocortante, atentando-se para fechá-la quando atingido dois terços da sua capacidade;

8. Montar nova caixa e acondicioná-la em suporte adequado;

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.

Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas, 2017.

OSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 11 CONSULTA DE ENFERMAGEM	Versão	1.0 Janeiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
02 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É uma atividade privativa do enfermeiro, desenvolvida para melhor assistência à saúde, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.

OBJETIVOS:

Realizar coleta de dados, exame físico, estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas detectados.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Ambiente tranquilo para coleta de dados, segue métodos propedêuticos utilizados nesse POP, Sinais Vitais (POP), Oximetria de Pulso (POP), Glicemia Capilar (POP), Cálculo do IMC (POP), pois serão necessários para a realização do exame físico.

PROCEDIMENTOS:

1. Higienizar as mãos com água e sabão, (POP 01).

2. Acolher o cliente, deixando-o confortável.

3. Seguir as 5 etapas do processo de enfermagem:

- Realizar o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), seguindo roteiro do formulário próprio da instituição:
- A finalidade do histórico de enfermagem é conhecer hábitos

individuais e coletivos do cliente que possam facilitar a adaptação do mesmo à unidade e ao tratamento, além de identificar problemas passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem.

- Realizar o diagnóstico de enfermagem:
- O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico, identificará os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise levam a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do cliente em relação à enfermagem, para o seu atendimento.
- Realizar o planejamento de enfermagem:
- No planejamento de enfermagem, são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias. Isso será realizado a partir dos dados coletados e diagnósticos de enfermagem com base dos momentos de saúde do cliente e suas intervenções.
- Realizar a implementação da assistência (prescrição de enfermagem):
- Consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa do planejamento.
- Realizar a avaliação de enfermagem (evolução):
- Consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados e avaliar se obteve bons resultados das prescrições de enfermagem. Deve ser realizado diariamente ou a cada novo contato com o cliente durante o procedimento do exame físico.

- O profissional deve avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, caso seja necessário, e sempre que possível revê las.

4. Higienizar as mãos (POP).

5. Realizar as anotações no prontuário ou locais próprios.

RECOMENDAÇÕES:

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro^(a) deve conduzir as orientações sem impor suas concepções, preservando as crenças, as normas, os valores e a realidade socioeconômica do cliente.

Os roteiros são de grande importância para a organização da consulta de enfermagem, impedindo a falta de informações essenciais para a elaboração do plano de cuidados.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. São Paulo: COREN SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAEweb.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

RODRIGUES, G. **O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?**. 2019. Disponível em: [https://www.pixeon.com/blog/entenda em 5 etapas a sistematizacao da assistencia de enfermagem/](https://www.pixeon.com/blog/entenda-em-5-etapas-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/). Acesso em: 08 jan. 2021.

SISTEMATIZAÇÃO da Assistência de Enfermagem –SAE. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/33225>. Acesso em: 08 jan. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 12 MÉTODOS PROPEDÊUTICOS	Versão	1.0 Janeiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Conjunto de técnicas e manobras para diagnosticar alguma “anormalidade” no cliente, e dever ser realizado no sentido céfalo podálico. Compõe-se basicamente de quatro técnicas fundamentais: inspeção, palpação, percussão e ausculta (sequência que pode ser alterada, dependendo do sistema a ser avaliado).

OBJETIVOS:

Obter dados sobre o estado de saúde do cliente, completar ou confirmar dados obtidos na entrevista, identificar diagnósticos de enfermagem para oferecer uma conduta adequada em prol da melhoria da saúde do usuário, além de avaliar as ações de enfermagem sobre o estado de saúde do cliente.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja
- Equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, luvas de
- procedimento
- Álcool 70%

- Algodão
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro
- Fita métrica
- Lanterna
- Otoscópio
- Oftalmoscópio
- Algodão
- Agulha
- Abaixador de Língua
- Martelo de reflexo
- Caneta e Papel

PROCEDIMENTOS:

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Separar uma bandeja para o procedimento.
4. Preparar o material, organizando-os na bandeja.
5. Higienizar as mãos com álcool 70% (POP 02).
6. Calçar as luvas de procedimentos, e utilizar demais equipamentos de proteção individual, se necessário.
7. Iniciar o exame físico, seguindo as etapas:
 - A- Inspeção,
 - B- Palpação,
 - C - Percussão
 - D- Ausculta.

- No exame do abdome a ordem das técnicas propedêuticas sofre alteração. Deve-se iniciar pela inspeção, em seguida ausculta, palpação e percussão.

Dessa forma, evita-se a obtenção de informações equivocadas como, por exemplo, sons intestinais alterados por palpação ou percussão anterior, ou ainda dificuldades de completar o exame devido ao desconforto, ou aumento da dor.

A) TÉCNICA DE INSPEÇÃO

8. Posicionar e expor o corpo do cliente, de modo que a superfície a ser avaliada fique visível.

9. Inspeccionar cada área quanto ao tamanho, forma, cor, simetria, posição e anormalidades.

10. Se possível comparar cada área inspecionada com a mesma área no lado oposto do corpo.

11. Utilizar lanterna para inspecionar as cavidades corporais.

12. Aferir os sinais vitais, (Pulso, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão Arterial, Temperatura Axila e dor).

13. Não ter pressa, ter atenção aos detalhes.

B) TÉCNICA DE PALPAÇÃO

14. Ajudar o cliente a relaxar pedindo que respire devagar e profundamente com os braços ao longo das laterais do corpo.

15. Colocar as mãos sobre a área que examinará e pressionar afundando-a cerca de 1 cm.

16. Após uma palpação leve, aplique uma mais profunda, afundando a área que está sendo examinada uns 4 cm, com uma das mãos ou com ambas.

17. Ao palpar com ambas as mãos, relaxe uma das mãos e coloque-a levemente sobre a pele do cliente.

18. Utilizar as partes mais sensíveis da mão (palmar e extremidades dos dedos) para avaliar textura, tamanho, consistência, massa, líquidos e crepitações

C) TÉCNICA DE PERCUSSÃO

19. Deixar o cliente confortável.

20. Escolher o tipo de percussão a ser utilizada conforme a área corporal a ser estudada.

21. Realizar as manobras de percussão adequadas.

D) TÉCNICA DE AUSCULTA

22. Retirar da bandeja o estetoscópio.

23. Expor a área corporal a ser examinada, colocando o estetoscópio sobre a pele (roupas obscurecem o som).

24. Usar o disco da campânula do estetoscópio para sons de baixa frequência (vasculares e alguns cardíacos) colocando-o suavemente sobre a superfície

cutânea.

25. Usar o diafragma (disco maior) do estetoscópio para sons de alta frequência (intestinos e pulmões), mantendo-o em firme contato com a superfície cutânea.

26. Sempre considerar a parte do corpo a ser auscultada e a causa do som.

27. Ao usar o estetoscópio, cliente e examinador devem ficar quietos.

28. Evitar tocar o extensor ou esfregar outras superfícies (o barulho do ambiente interfere na escuta dos sons produzidos pelos órgãos do corpo).

29. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados.

30. Fazer a desinfecção do equipamento e deixa-lo no local apropriado.

31. Realizar higienização das mãos com água e sabão.

32. Após os procedimentos, realizar as anotações necessárias no prontuário do cliente.

A INSPEÇÃO:

É a primeira técnica fundamental, iniciando pelo contato com o paciente, requerendo do enfermeiro os sentidos de visão, audição e olfato. Tem por objetivos: detectar dismorfias, distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, presença de cateteres e outros dispositivos. Devem ser observados: postura e estatura, movimentos corporais, estado nutricional, padrão de fala e sinais vitais.

Tipos de Inspeção:

- Localizada e frontal: requer que o examinador se encontre o mais próximo possível da estrutura a ser inspecionada.
- Armada: necessita que o examinador use um instrumento que melhore sua visão (otoscópio, lupa).
- Panorâmica: deve ao examinador afastar-se a uma distância necessária para maior abrangência do seu campo visual.
- Tangencial: o examinador direciona seu olhar para a estrutura desejada, com seu ângulo de visão encontrando o mesmo nível da estrutura.

A PALPAÇÃO:

É parte vital do exame físico, requer do enfermeiro sensibilidade tátil e dever ser confortável para o cliente; o examinador deve estar com as mãos aquecidas e unhas aparadas. Tem por objetivo a partir da pressão exercida pelas mãos do examinador sobre uma estrutura corporal, identificar as possíveis alterações na superfície da pele ou na profundidade dos planos anatômicos, que não foram possíveis de serem detectados pela inspeção.

Apresenta variantes específicas:

- Palpação com as mãos espalmadas: usa-se toda a palma de uma ou de ambas as mãos, exemplo: identificar a temperatura da pele ou de uma superfície.
- Palpação com uma das mãos sobrepondo-se à outra, exemplo: evidenciar aumento de vísceras mais profundas.
- Palpação com a mão espalmada, usando-se apenas as polpas digitais e a parte ventral dos dedos.
- **Digitopressão:** utiliza-se a porção digital do dedo para pressionar a superfície a ser estudada, exemplo: evidenciar sinal de cacifo na avaliação do edema.
- Em pinça: utiliza-se dois dedos de uma das mãos, geralmente polegar e indicador, de forma que exerçam o papel de pinça, exemplo: avaliar o turgor da pele.
- Palpação com o dorso dos dedos e das mãos, para avaliar a temperatura.
- **Puntipressão:** compressão de um objeto pontiagudo sobre uma determinada área do corpo, exemplo: avaliar sensibilidade dolorosa.
- **Vitropressão:** utilização de uma lâmina de vidro que é pressionada sobre a pele, analisando a pele através da própria lâmina, exemplo: distinguir eritema de púrpura.
- **Pesquisa de flutuação:** aplicar o dedo indicador da mão esquerda de um lado de uma tumefação, enquanto o da outra mão, colocado do lado oposto, exerce compressões perpendiculares à superfície cutânea (havendo líquido, causará rechaço do dedo da mão esquerda, ao que se denomina flutuação).

A PERCUSSÃO

Representa uma técnica que requer do enfermeiro uma habilidade de maior perícia e consiste em golpear áreas do corpo. O princípio da percussão baseia-se nas vibrações originadas de pequenos golpes realizados em determinada superfície do organismo. O objetivo é identificar e avaliar os diferentes timbres do som emitido em cada estrutura golpeada, sendo possível localizar o órgão, presença de massas, líquidos, mapeando limites e tamanhos. Entre várias técnicas para esse procedimento, as de maior interesse para a prática clínica da enfermagem são:

- **Percussão direta:** golpear a superfície do corpo diretamente com dedos, punhos ou cutelo. Os dedos devem estar fletidos, imitando a forma de um martelo, e os

movimentos de golpear são feitos pela articulação do punho.

- **Índice-digital:** utilizar o dedo médio da mão não dominante do examinador, único a ter contato com a superfície cutânea da estrutura a ser estudada. Com o dedo médio da mão dominante, dão-se golpes rápidos e curtos, mantendo-se o punho relaxado e o antebraço fixo. O golpe deve ser dado com a borda ungueal, não com a polpa.
- **Punho percussão:** com a mão fechada golpeia-se com a borda cubital a região estudada. Tem o objetivo de verificar a sensação dolorosa nos rins.
- **Percussão com a borda da mão:** com dedos estendidos e unidos, golpeia-se a região desejada com a borda ulnar.
- **Percussão por piparote:** é utilizada para pesquisar ascite. Com uma das mãos o examinador golpeia o abdome com piparotes, enquanto a outra mão espalmada na região contralateral capta ondas líquidas que se chocam contra a parede abdominal.

Os sons encontrados à percussão são:

Maciço: obtém-se percutindo regiões desprovidas de ar (osso, fígado). Esse som transmite a sensação de dureza e resistência;

Submaciço: variação do maciço; é a presença de ar em pequena quantidade que lhe confere essa característica peculiar;

Timpânico: obtido em regiões que contém ar, recobertas por membrana flexível, como o estômago. A sensação obtida é a de elasticidade;

Claro Pulmonar: obtém-se quando se percute especificamente a área dos pulmões. Depende da presença de ar dentro dos alvéolos e das demais estruturas pulmonares.

A AUSCULTA: é uma competência de ouvir os sons produzidos dentro do corpo, criados pelo movimento do ar ou de líquido. Esse procedimento emprega um instrumento denominado estetoscópio, a partir do qual se obtêm ruídos considerados normais ou patológicos. Utiliza-se essa técnica em vários órgãos, como pulmões, coração, artérias e intestino.

O estetoscópio pode ser usado em vasos (artérias e veias), para verificar a presença de sopros. Nos pulmões podem-se identificar anormalidades, denominadas ruídos adventícios, que são roncos, sibilos, estertores finos e grossos. No exame do coração, auscultam-se bulhas consideradas normais e suas alterações, para reconhecer sopros e outros ruídos. Já no

abdome, é possível detectar os ruídos normais, denominados hidroaéreos.

RECOMENDAÇÕES:

Esteja sempre com as mãos aquecidas, esfregando-as uma na outra.

- Não realize percussão com unha longa.
- Realize dois golpes seguidos para confirmar o som.
- Em órgãos simétricos, como pulmões, faça percussão comparada.
- A ausculta deve ser realizada em ambiente sossegado e sem ruído externo.
- O estetoscópio deve ser colocado sobre a pele nua, pois vestimentas obscurecem os sons.

Para todas as técnicas, o enfermeiro geralmente prossegue da seguinte forma: pele, cabeça e pescoço, tórax e pulmões, mamas, sistema cardiovascular, abdome, reto, genitália, sistema neurológico e sistema musculoesquelético. Seguindo as etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELO, A. A. R. et al. **Extensão médica acadêmica da FMUSP**: apostila de propedêutica: exame clínico. 2015. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/ema_56_apostila_ema.pdf. Acesso em: 17 out.2021.

PRIOTTO, E. M. T. P.; ANDRADE, J. C. de (Orgs.). **Manual de Procedimentos**

Operacionais Padrão (POPs): Enfermagem fundamental II. Foz do Iguaçu, PR: UNIOEST, 2019. Disponível em: http://www.foz.unioeste.br/files/Manual_POPs_EFII_-_Elis_Palma_Priotto.pdf. Acesso em: 17 out.2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 13 ADMISSÃO DO PACIENTE	Versão	1.0 Janeiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a entrada e permanência do paciente no hospital, por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

A admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre devido à necessidade de ocupar um leito hospitalar por 24 horas ou mais. Para a internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado à enfermagem. O mesmo deverá ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Pois está preocupado com a sua saúde.

OBJETIVOS:

Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento.

GERAL:

É de responsabilidade da enfermagem conferir o prontuário do paciente evitando assim imprevisto na hora da internação.

ESPECÍFICOS:

- Respeitar as normas de internação de forma organizada proporcionando segurança ao paciente.
- Aperfeiçoar a admissão do paciente sistematizando o atendimento.
- Facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar.
- Proporcionar conforto e segurança.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Clínica médica.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Conferir o prontuário e a pulseira do paciente se estão corretos;
- Realizar a triagem;
- Verificar o estado clínico do paciente;
- Comunicar o médico plantonista para avaliação, relatando o seu quadro clínico quando for necessário;
- Orientar o cliente quanto à finalidade do procedimento;
- Registrar o paciente no censo diário e livro de registro;
- Verificar se o paciente trouxe exames anteriores;
- Após a internação receber o paciente cordialmente, conferir o prontuário verificando se foi preenchido AIH, prescrição médica exames;
- Avaliar as diversas características e necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem respeitando a individualidade do paciente;
- Realizar o procedimento solicitado na prescrição médica como punções, administração de medicação, sondas e exames etc., conforme as normas do setor conferir no manual;
- Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;
- Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;
- Orientar sobre as normas e rotinas do hospital (horário de visita e repouso);
- Orientar o paciente em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira de plantão;
- Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
- Anotar no relatório de enfermagem a admissão;

- Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5 RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem.

REFERENCIAS:

1. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Preparaodoleitoeadmissodepacientenasclinicas.pdf>. Acesso: 31/01/2022.

2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**- versão web [Internet]. Brasília: Cofen;2016. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es.pdf>. Acesso: 31/01/2022

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 14 VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO PORTÁTIL DE DEDO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

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.

OBJETIVOS:

Avaliar a oxigenação do cliente e otimizar os cuidados prestados, minimizando o potencial de episódios de hipóxia.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Oxímetro de Dedo
- Bolas de Algodão
- Álcool 70%
- Caneta e Papel

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Preparar material e ambiente.
4. Fazer a desinfecção do oxímetro portátil de dedo utilizando algodão embebido em

solução alcoólica 70%.

5. Inserir o oxímetro no dedo.
6. Pressionar o botão do interruptor uma vez, no painel frontal, para ligar o oxímetro.
7. Manter as mãos imóveis para a leitura.
8. Verificar resultado.
9. Realizar a desinfecção do oxímetro.
10. Guardar o material em local próprio.
11. Higienizar as mãos (POP 01).
12. Anotar o valor da saturação no impresso de controle do cliente.
13. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Passos para a limpeza e desinfecção do oxímetro de dedo

- Desligue o oxímetro de pulso e retire as pilhas do compartimento da bateria;
- Limpe a superfície exterior do equipamento com um pano macio umedecido com álcool;
- Limpe a parte interna do sensor com um pano macio umedecido com álcool;
- Cuidado para que o álcool não permeie para dentro do dispositivo, pois pode danificar o aparelho;
- Deixe secar completamente o equipamento.
- Valores de referência:
- A saturação normal de oxigênio para a maioria das pessoas saudáveis é entre 95% e 100%.
- Condições leves de saúde como gripes ou resfriados podem apresentar uma saturação entre 90% e 94%.

RECOMENDAÇÕES:

- A leitura do oxímetro pode ser menos acurada se o paciente usar esmaltes, unhas postiças, tiver as mãos frias, ou tiver a circulação deficiente.
- A melhor leitura é alcançada quando sua mão está aquecida, relaxada, e mantida abaixo do nível do coração.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN. **Manual de procedimento operacional padrão do serviço de enfermagem:** POP/DIEN/001/2016: serviço de enfermagem HUMAP. Campo Grande,MS: UFMS, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39. Acesso em: 02 jan. 2021.

AMERICAN THORACIC SOCIETY; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Informações ao paciente: oximetria de pulso.** Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>. Acesso em: 02 jan. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 15 GLICEMIA CAPILAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a coleta de uma gota de sangue capilar por meio de punção para a monitorização dos valores glicêmicos.

OBJETIVOS:

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital para fornecer parâmetros para devidas condutas.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- 01 bandeja
- 01 Par de Luvas de Procedimento
- 02 bolas de algodão embebidas em álcool 70%
- 01 aparelho dosador de glicemia (glicosímetro)
- 01 fita reagente para aparelho de glicemia
- 01 lanceta

PROCEDIMENTOS:

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Reunir o material dentro da bandeja.
4. Conferir o código da fita com o aparelho.
5. Colocar luvas de procedimento.
6. Limpar a polpa digital escolhida com algodão embebido no álcool a 70% aguardar secar.
7. Ligar o glicosímetro seguindo as recomendações do fabricante.
8. Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente.
9. Lancetar a polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica.
10. Aguardar o tempo necessário para que o aparelho realize a leitura.
11. Pressionar o local da punção o suficiente para suspender o sangramento.
12. Descartar imediatamente a lanceta em local próprio para o descarte de perfurocortantes.
13. Realizar a leitura do índice glicêmico e limpar o dedo do cliente com algodão embebido em álcool a 70% e depois com algodão seco.
14. Certificar-se de que não há prolongamento do período de sangramento.
15. Desprezar o material utilizado no lixo.
16. Retirar luva de procedimentos e desprezá-la no lixo.
17. Higienizar as mãos.
18. Registrar a taxa de glicemia capilar do cliente.
19. Adotar condutas necessárias, conforme o valor obtido.

RECOMENDAÇÕES:

- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se se o álcool secou totalmente.
- Erro na leitura do exame: verificar código de erro e seguir as orientações do fabricante do aparelho.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN. Manual de procedimento operacional padrão: POP/DIEN/001/2016: serviço de enfermagem HUMAP. Campo Grande, MS: UFMS, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39. Acesso em: 22 nov. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde Manual de Procedimentos Operacional Padrão (POP) de Enfermagem. Campinas, SP, 2016. Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_ProcedimentosOperacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf) . Acesso em: 29 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Procedimento operacional padrão: POP ENF 1.1: aferição da glicemia capilar adulto. Rio de Janeiro: EBSEH, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.1_AFERI%C3%87%C3%83O+DA+GLICEMIA+CAPILAR+-ADULTO.pdf/b7b5e860-c6c4-46da8140-bf86541c5850. Acesso em: 01 22 nov. 2021

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 16 REANIMAÇÃO CARDIO PULMONAR (RCP)	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

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.

OBJETIVOS:

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

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

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

PROCEDIMENTOS:

- Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o cliente em voz alta), se

não responsivo, chame ajuda.

- 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.

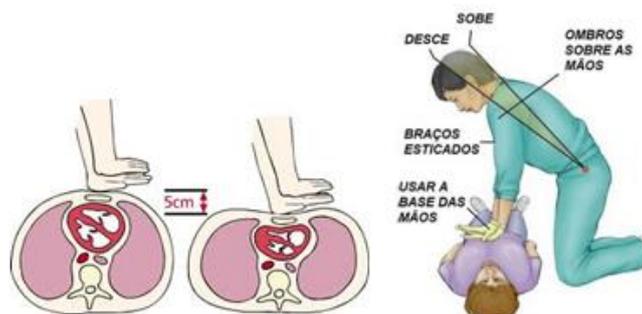
Se o cliente não estiver respirando ou apresentar somente gasping e:

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.



Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012

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.



Fonte: ABC DA ENFERMAGEM, 2022.

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.



Fonte: ABC DA ENFERMAGEM, 2022.

- 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. Se houver oxigênio suplementar, conecte-o à BVM assim que possível, de modo a oferecer maior porcentagem de oxigênio ao cliente.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – 17 CARRO DE EMERGÊNCIA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

O carro de emergência é uma estrutura móvel constituída por gavetas providas com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do cliente em situações de urgências ou emergências médicas.

OBJETIVO:

- Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes do carro de emergência;
- Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios e outros);
- Padronizar o prazo de substituição de medicamentos, atentando norma interna da Divisão de Assistência Farmacêutica;
- Controlar as ocorrências por meio de impresso próprio, visando o registro do testado desfibrilador e a manutenção do carro;
- Definir responsabilidades;
- Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Pronto socorro

MATERIAL NECESSÁRIO:

-

PROCEDIMENTOS:

Figura 01. CARRO DE EMERGÊNCIA

A composição do carro de emergência quanto à estrutura e componentes deverá seguir a seguinte sequência:

- Base superior: desfibrilador; caixa com os laringoscópios; caixa com materiais de intubação (opcional); impressos de controles;
- Região dianteira: Tábua de compressão;
- Lateral: suporte de soro e cilindro de oxigênio;
- Gavetas:

Gaveta número 01 – Medicamentos

Gaveta número 02 – Materiais para o acesso vascular (Circulação) e para suporte ventilatório (Vias Aéreas)

Gaveta número 03 – Materiais para cateterismos Gaveta número 04 – Soluções

Os materiais de oxigenação submetidos à desinfecção de alto nível (exemplos: bolsa máscara ventilatória, umidificador e máscaras de oxigênio) ficarão em uma caixa específica

situada sobre o Carro de Emergência.

As composições dos materiais e dos medicamentos do carro de emergência - seguindo as recomendações da Diretriz de Apoio e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, adequada à realidade institucional e ao perfil da clientela assistida, conforme a Listagem Padrão dos Materiais e Medicamentos do Carro de Emergência;

O carro de emergência deverá ser posicionado em local estratégico e de fácil acesso de mobilidade;

O carro de emergência que não estiver em uso deverá permanecer lacrado/fechado;

A retirada do lacre deverá ocorrer mediante situações de atendimento às urgências e emergências clínicas, ou quando conferência e/ou auditoria.

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

Conferência do carro de emergência

O enfermeiro deve conferir funcionamento de desfibrilador e laringoscópio diariamente, no momento que iniciar o plantão.

- O modo de teste funcional do desfibrilador deverá seguir as recomendações do fabricante. O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente. Se houver algum erro no teste, informar chefe imediato;

- O teste funcional do laringoscópio deverá considerar: lâmpada com boa iluminação; ajuste perfeito do cabo e da lâmina e limpeza. Caso seja detectado falhas, verificar se a causa está relacionada ao ajuste do cabo com a lâmina; à pilha ou à lâmpada (queimada ou mau ajustada). Os laringoscópios com mau funcionamento estrutural e lâmpada queimada, informar chefe imediato.

O teste funcional do torpedo de oxigênio deverá considerar quantidade de gás e a data de validade do cilindro verificado a cada plantão.

- 1) Deve-se abrir lentamente a válvula do cilindro no sentido anti-horário, verificar se existe vazamento aparente. Caso exista, fechar novamente a válvula do cilindro e comunicar imediatamente chefe imediato para providências; Verificar o valor indicado no manômetro da válvula reguladora de pressão. A pressão indicada do manômetro deve ser minimamente de 20 bar (kgf/cm²) em cilindros de oxigênio de 1m³;

- 2) Solicitar substituição do cilindro a Manutenção quando a pressão indicada no manômetro estiver próxima a 20 bar (kgf/cm²);

- 3) Após a conferência do manômetro, abrir o fluxômetro, para testar saída de gás;

- 4) Após os testes, fechar o fluxômetro e a válvula do cilindro.
- 5) O enfermeiro deve conferir, no momento que iniciar o plantão, o número do lacre do carrinho, se confere com o número anotado no formulário Controle De Conferência e Testagem Do Carro De Emergência.
- 6) Se o lacre não foi rompido ou não for data para conferência do carrinho, anotar o lacre atual, assinar e carimbar no formulário Controle De Conferência e Testagem Do Carro De Emergência.
- 7) Conferir materiais e medicamentos do carro de emergência sempre que houver rompimento do lacre.
- 8) Em caso de rompimento do lacre, registrar o motivo (conferência mensal, intercorrência clínica ou auditoria), o número do lacre novo, assinar/carimbar no Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência.
- 9) Conferência mensal - O carro de Emergência deverá ser deslacrado e conferido pelo enfermeiro do plantão, no 1 (primeiro) dia de cada mês, registrado em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência;
- 10) Intercorrência Clínica - O carro de Emergência deverá ser conferido e repostado pelo enfermeiro do plantão conforme prescrição médica (medicações) após o uso, relacrado e registrado em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência ;
- 11) Auditoria - O carro de Emergência deverá ser conferido pelo farmacêutico no 15º (décimo quinto) dia de cada mês, os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade.
- 12) Conforme a Listagem Padrão dos Materiais e Medicações do Carro de Emergência (disponível junto aos formulários de controle na parte superior do Carro de Emergência) padronizada, conferir presença ou não, quantidade (de acordo ou não) e data de validade dos medicamentos. Proceder à retirada de medicamentos vencidos e a vencer nos próximos dias, e seguir fluxo de reposição de medicamentos.

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos utilizados no atendimento de urgência: solicitar prescrição médica quando não houver, e buscar na farmácia mediante Prescrição Médica.

Medicamentos a vencer, encaminhar a Unidade de Dispensação da Farmácia junto ao Impresso De Devolução De Medicamentos Do Carro De Emergência preenchida.

Medicamentos vencidos: encaminhar a Unidade de Dispensação da Farmácia junto ao Impresso De Devolução De Medicamentos preenchida.

Medicamentos de controle especial vencidos: encaminhar a Unidade de Dispensação da Farmácia junto ao Impresso De Devolução De Medicamentos preenchida.

Em caso de quebra do frasco/ampola: solicitar substituição à Unidade de Dispensação da Farmácia com motivo justificado no Impresso De Devolução De Medicamentos Do Carro De Emergência preenchida.

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES

Materiais de consumo com vencimento nos próximos dias: substituir com estoque da unidade, ou solicitar no almoxarifado.

Materiais processados na CME: Substituir conforme data de validade constante no invólucro ou se embalagem não intacta.

Os medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências clínicas deverão ser repostos, no mesmo turno de trabalho. Caso não seja possível toda a reposição dos materiais/medicamentos antes da passagem de plantão, o enfermeiro responsável deverá lacrar as gavetas, registrar os materiais e medicamentos repostos e não repostos, e informar ao enfermeiro do plantão subsequente, que se responsabilizará pela reposição.

ORGANIZAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Após limpeza interna do carro de emergência, organizar medicamentos e materiais nas gavetas, nas devidas demarcações, facilitando seu uso. Esses itens devem estar dispostos de acordo com seu nível de prioridade no atendimento da emergência.

Lacrar o carro de emergência com novo lacre, após as devidas reposições e substituições de materiais e medicamentos, e após limpar e testar os equipamentos.

Registrar o número do novo lacre no impresso Controle De Conferência Do Carro De Emergência.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

O carro de emergência deverá ser submetido às rotinas de limpezas concorrente e terminal, nos prazos definidos:

Unidades do Carro de Emergência	Limpeza/Desinfecção Concorrente	Limpeza/Desinfecção Terminal
Carro de Emergência	1x/dia externamente	1x/mês interna e externamente
Desfibrilador	1x/dia	
Laringoscópios	1x/semana	

A limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador

deverão ser realizadas com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro, finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor;

A desinfecção concorrente do laringoscópio, deverá ser realizada com compressa embebida com álcool 70%, concomitantemente, a sua testagem funcional;

Os laringoscópios testados e desinfetados deverão ser armazenados em uma caixa limpa e seca, situada sobre a base superior do carro de emergência;

Os registros de controle e testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios deverão ser feitos em impressos específicos;

A listagem dos itens (descrição e quantidade dos medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverá estar em uma pasta, localizada em sua base superior.

A limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador deverão ser realizadas com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro, finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor;

A desinfecção concorrente do laringoscópio, deverá ser realizada com compressa embebida com álcool 70%, concomitantemente, a sua testagem funcional;

Os laringoscópios testados e desinfetados deverão ser armazenados em uma caixa limpa e seca, situada sobre a base superior do carro de emergência;

Os registros de controle e testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios deverão ser feitos em impressos específicos;

A listagem dos itens (descrição e quantidade dos medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverá estar em uma pasta, localizada em sua base superior.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

Equipe Multiprofissional

- Conhecer o conteúdo e a disposição de medicamentos e de materiais contidos no Carro de Emergência;

- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro).

Médico

- Prescrever a medicação utilizada no atendimento nominal ao paciente, para a reposição do Carro de Emergência;

- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro).

Enfermeiro

- Controlar, repor e conferir o carro de emergência;
- Realizar a testagem funcional do laringoscópio e do desfibrilador diariamente, no momento de início do plantão;
- Conferir os lacres do carro de emergência diariamente, no momento de início do plantão;
- Registrar em Formulário de Conferência do lacre e Testagem – Carro de Emergência ;
- Listar, quantificar e repor os medicamentos e materiais do carro de emergência e que foram utilizados;
- Controlar os materiais contidos no carro quanto a sua presença, quantidade e validade;
- Registrar em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência;
- Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios, delegando e supervisionando o Técnico de Enfermagem escalado;
- Monitorar o cumprimento das atividades do Técnico de Enfermagem, conforme escala de serviço;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro).

Técnico de Enfermagem

- Realizar a limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço e/ou após o atendimento emergencial;
- Auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro).

Farmacêutico / Técnico de farmácia

- Dispensar os medicamentos padronizados para reposição do carro, mediante prescrição médica;
- Realizar a conferência de Auditoria;
- Registrar em Formulário de Controle de Conferência do Carro de Emergência;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN). Parecer COREN-PE
Ementa: **Carro de Emergência**: Composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. COREN, São Paulo, 2013.

GONZALEZ, M.M., TIMERMAN, S., GIANOTTO-OLIVEIRA, et al. (2013) | Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. De Cardiologia, 101 (2), 1.

Manual do carro de emergência – HU-UFGD/EBSERH, 2018. 15p.

Protocolo Assistencial Multiprofissional: **Carro de Emergência** – Serviço de Educação em Enfermagem da

Divisão de Enfermagem do HC-UFTM. Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais do HCUFTM, Uberaba, 2018. 25p.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 18 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a monitorização da atividade elétrica do coração, através da representação gráfica sobre uma tela ou papel.

OBJETIVOS:

- Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência).
- Monitorizar os parâmetros da frequência e ritmos cardíacos do paciente de forma segura e eficaz.
- Detectar arritmias, isquemias e outras complicações cardíacas.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- 01 Monitor cardíaco
- 01 Cabo de 5 derivações
- 05 Eletrodos

- 03 mL Solução alcoólica a 70%
- 01 Aparelho de barbear (SN)
- Bola de Algodão
- 01 par de Luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS:

- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Ligar o motor;
- Verificar o número de conectores;
- Realizar a limpeza da pele para aplicação dos eletrodos;
- Realizar tricotomia na região torácica do paciente, se necessário;
- Colocar os eletrodos no local indicado:
- O eletrodo **RA** (Braço Direito) é colocado na fossa infraclavicular direita medial à borda do músculo deltóide:
 - O **LA** (Braço Esquerdo) na fossa infraclavicular esquerda,
 - O eletrodo **LL** (Perna Esquerda) na fossa ilíaca esquerda e o
 - O **RL** (Perna Direita) pode ser colocado em qualquer lugar, mas é geralmente colocado na fossa ilíaca direita para a simetria, sendo que o quinto eletrodo pode ser colocado no peito em qualquer padrão,
 - O V1 ou C (Central paraesternal) é selecionada por causa de seu valor no monitoramento de arritmia. Para evitar o movimento excessivo nos fios de chumbo ligado a 04 pontos de gravação nos membros, foi padronizado esse deslocamento dos eletrodos;
 - Conectar os eletrodos ao cabo de monitorização;
- Ligar os alarmes e ajustar os parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Posicionamento do cabo com **três eletrodos**, este sistema permite a captação das derivações DI, DII, DIII:
 - RA - Braço direito: amarelo
 - LA - Braço esquerdo: verde
 - LL - Perna: preto

RECOMENDAÇÕES:

Caso o traçado eletrocardiográfico não satisfatório, verifique se os eletrodos estão posicionados corretamente, caso contrário reposicione-os.

Caso o monitor ou cabos apresentem defeitos, encaminhe-os para manutenção.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KNOBEL, E. Terapia Intensiva enfermagem. Atheneu: São Paulo, 2006. CINTIA, E. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente gravemente enfermo**. 2ª ed. Atheneu: São Paulo, 2008. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.;

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 19 AVALIAÇÃO PUPILAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

A avaliação do padrão pupilar consiste em avaliar o tamanho das pupilas, sua simetria e presença de reflexo foto motor. O tamanho pupilar é controlado pelo sistema nervoso simpático e parassimpático. O primeiro ocasionando dilatação (MIDRÍASE –7 a 8 mm), o segundo ocasionando contração (MIOSE–1 a 2mm). Uma diferença pupilar de 1 mm é considerada normal. É considerada uma variação normal de 2 a 6 mm, com diâmetro médio de 3,5 mm.

OBJETIVOS:

Avaliação do diâmetro e fotorreação das pupilas do paciente a fim de identificar possíveis lesões intracranianas

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Lanterna;
- Luva de procedimentos.

PROCEDIMENTOS:

- Lavar as mãos;

- Manter o paciente com as pálpebras fechadas e com baixa luminosidade sobre o seu rosto;
- Avaliar cada pupila com o foco da lanterna, quanto ao tamanho e reação a luz;
- Realizar nova avaliação pupilar comparando cada pupila quanto à simetria;
- Deve ser realizado independentemente do nível de consciência;
- Fechar os olhos do paciente por alguns segundos;
- Abrir os olhos e com a lanterna clínica incidir a luz diretamente sobre cada uma das pupilas por alguns segundos;
- Lavar as mãos;
- Avaliar, classificar e registrar no prontuário;

RECOMENDAÇÕES:**CLASSIFICAÇÃO:**

ISOCÓRICAS: pupilas com diâmetros iguais.

ANISOCÓRICAS: uma pupila maior do que a outra provável lesão no cérebro (no lado inverso da pupila dilatada).

MIDRÍASE: pupila dilatada.

MIOSE: pupila contraída. Provável choque anafilático (overdose, intoxicação, uso de anestésico nas cirurgias, etc.).

FOTORREAGENTES: quando reage à exposição da luz contraindo-se e dilatando no escuro.

Observação: Se anisocóricas, registrar a maior em relação à menor. Ex: pupilas anisocóricas, esquerda maior que a direita (E>D).

RESPONSÁVEIS:

Equipe médica e Equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bueno, M. A. S.; Pieri, A.; Sampaio, R. O.; Santos, O. F. P.; Vaidotas, M. **Condutas em Emergências:** Unidade de primeiro Atendimento (UPA) Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 2v.

Santos, M. N.; Soares, O. M. **Urgência e emergência na prática de enfermagem.** 1. ed. Porto Alegre,RS: Moriá, 2014. 2v.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 20 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

O processo da administração correta de um medicamento vai muito além de aplicar uma injeção no paciente. Por ser um processo longo e que envolve mais de um profissional de saúde, está passível de erros.

OBJETIVOS:

Promover práticas seguras na administração de medicamentos.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Equipe de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Prescrição médica do medicamento

- 01 Caneta
- 01 Kit Material conforme via de administração
- 01 Bandeja

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos.

- Reunir o material necessário.
- Realizar checagem e registrar nas anotações de enfermagem, conforme orientações do COREN.
- Realizar dupla checagem, por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e conferir com a prescrição médica.
- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado/administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, gotejamento, hora de administração e nome do profissional.
- Preencher o rótulo de soro para infusão contínua – soroterapia.
- Preparar o medicamento conforme a via de administração.
- Colocar o medicamento na bandeja e levar próximo ao paciente.
- Higienizar as mãos
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação
- Deixar paciente confortável no leito.
- Desprezar o material utilizado em local próprio.
- Friccionar as mãos com preparação alcoólica, se elas não estiverem com sujeira aparente, caso contrário higienize-as.
- Checar o horário da medicação, com sua rubrica, na prescrição médica.
- Manter o ambiente em ordem.

RECOMENDAÇÕES:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro ou médico plantonista.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento “bolar” o item na prescrição médica, registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o prescritor.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Na ausência do nome do medicamento, volume, dosagem, tempo de infusão e via de administração comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, infusão venosa sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: 2013.

2. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: 2007.

3. REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). **Estratégias 6: Administração segura de medicamentos**. In: _____. Estratégias para segurança do paciente – Manual paraprofissionais de saúde. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2013.

4. SANTOS, L; TORRIANI, M. S; BARROS E. **Erros na administração de medicamentos**. In: TORRIANI, M. S; ECHER, I. C; BARROS E. **Organizadores. Medicamentos de A a Z: enfermagem: 2011 – 2012**. Porto Alegre, RS: ARTMED; 2011. p. 61-64. 5. VOLPATO, A. C. B; LORENCINI, F. Administração de medicamentos. In: Técnicas básicas de enfermagem. OLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S. 3º ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2009. P. 251-284

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 21 ADMINISTRAÇÃO POR VIA INTRAVENOSA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Administração por via intravenosa é a que permite administrar pequenos e grandes volumes de medicamentos na corrente sanguínea por meio de um acesso superficial ou profundo inserido na veia com a finalidade de absorção rápida da substância em uso, sejam elas: soluções hipertônicas, isotônicas, hipotônicas, sais orgânicos, eletrólitos e medicamentos que deverão ter solubilidade sanguínea e estar livre de cristais ou qualquer outra partícula visível em suspensão.

OBJETIVOS:

- Administrar medicamentos quando se quer um efeito rápido, lento e contínuo.
- Controle rigoroso da dose e/ou volume a ser infundido.
- Restaurar e/ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico.
- Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se disseminando por outras vias.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja ou cuba rim (com material de punção caso paciente não esteja puncionado);
- Dispositivo intravenoso, compatível com o acesso venoso do paciente: Cateter agulhado (scalp) 27, 25, 23 e 21 ou Cateter sobre agulha (jelco) 24, 22, 20 e 18;
- Equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica, e luva de procedimento);
- Solução antisséptica álcool a 70% ou clorexidina solução alcoólica (0,5%);
- Garrote;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Algodão seco;
- Adesivo ou esparadrapo para fixação do cateter;
- Foco de luz (opcional);
- Tesoura (opcional);
- Polifix ou torneirinha preferencialmente de duas vias, preenchido com SF 0,9%;
- Seringas (05ml/10ml/20ml);
- 01 agulha 40x12;
- Terapia medicamentosa prescrita (identificada, diluída na seringa compatível ou frasco de soro com medicação diluída).

FRASCO:

- Remova o plástico protetor do frasco de solução;
- Fazer anti-sepsia com álcool a 70% na tampa de borracha;
- Perfurar a borracha (frasco ampola) com agulha e injetar ar na mesma quantidade de líquido a ser aspirado;
- Aspirar o líquido (medicação diluída) do frasco;

AMPOLA:

- Fazer antisepsia com álcool do gargalo da ampola;
- Proteger o gargalo com algodão seco ao quebrá-lo;
- Segurar a ampola entre o dedo médio e o indicador da mão dominante;
- Retirar todo ar da seringa, sem desprezar o medicamento;

PROCEDIMENTOS:

- Preparar o material na bandeja;
- Sempre verificar a permeabilidade do acesso e se necessário, puncionar/repuncionar, nesse caso seguir POP de Punção Venosa Periférica;
- Identificar-se;
- Checar os nove certos;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar o usuário de maneira confortável e adequada;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antisepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa ou o frasco adaptado ao equipo na conexão;
- Abrir o Clamp;
- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- O procedimento requer técnica asséptica rigorosa. A solução medicamentosa deve apresentar-se límpida e perfeitamente diluída;
- Aplicar a solução bem diluída e lentamente;
- Observar rigorosamente as reações do paciente durante e logo após a aplicação do medicamento;
- Sempre usar luvas de procedimento;
- Não deixar o medicamento na mesa de cabeceira do paciente ou permitir que terceiros administrem;
- Se houver recusa do paciente (lúcido) ou seus familiares em aceitar a medicação, deve-se comunicar imediatamente o enfermeiro ou médico e rotular no prontuário descrevendo o motivo;
- Sempre que possível, avaliar a história prévia do paciente em resposta a droga incluindo efeitos contrários, alergias e idiossincrasias antes de administrar a droga;
- Checar a medicação administrada na prescrição médica.

RECOMENDAÇÕES:

- Não administre medicações incompatíveis entre si, ou em soluções;
- Quando necessária administração simultânea de dois medicamentos injetáveis verifique se compatível. Caso contrário prepare cada um separadamente; Entre a administração do primeiro medicamento e do segundo, administre 10 a 20 ml de água destilada e somente em seguida administre o outro medicamento;
- Antes de administrar qualquer medicamento se certifique que o mesmo se encontra em temperatura ambiente a fim de evitar hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração do medicamento observem qualquer mudança de coloração e a formação de precipitados ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure informação e notifique ao enfermeiro;
- Não realize a mistura de medicamentos na mesma seringa, a não ser se indicado na prescrição;
- Reconstitua e dilua o medicamento de preferência, imediatamente antes do uso.
- Caso necessite armazenar o medicamento após reconstituição e/ou diluição utilize etiqueta de identificação com as seguintes informações: nome do medicamento, data, hora, diluente e responsável pela manipulação;
- Antes de iniciar o preparo do medicamento leia atentamente a prescrição médica e confira o rótulo do fármaco com os da prescrição. Em caso de dúvida consulte o enfermeiro;
- Verifique na prescrição o tipo de diluente recomendado e a via de administração;
- Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos;
- Não administre um medicamento previamente diluído sem ter certeza do prazo de validade e das informações referentes à sua diluição na etiqueta;
- Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;
- Sempre questione ordens ambíguas ou que julgue insegura para o paciente;
- Administre somente medicações que estejam prescritas pelo médico;
- Avalie o acesso venoso do paciente e o entendimento do paciente quanto à terapia prescrita (caso paciente orientado);
- Quando se está preparando uma solução e o paciente já está recebendo a mesma solução, o equipo só será trocado se o prazo de validade (48 horas) estiver vencendo ou se estiver sem identificação;
- Se um novo equipo for utilizado este deve ser rotulado com data, hora de

instalação e nome do profissional que instalou.

5 OBSERVAÇÕES:

- Verificar diariamente se há presença de flebite;
- Nunca realizar o reencape de agulha e/ou cateter;
- Trocar diariamente o esparadrapo após o banho.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 22 jan . 2022.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio [et al.]. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Grupo Hospitalar Conceição, **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem**, 2015.

POTTER, Patricia; PERRY Anne. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 22 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a aplicação de medicamento profundamente no tecido muscular. Esta via de administração fornece uma ação sistêmica rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5 ml em locais adequados).

OBJETIVOS:

- Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo.
- Promover uma absorção mais rápida do que pelas vias enteral e subcutânea.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição
- Bandeja
- Medicamento prescrito e diluente do medicamento
- Luvas de procedimento
- Agulha 40x12 ou 30x8 mm para preparo da medicação
- Agulha para administrar a medicação 25x7 mm, 25x8 mm ou 30x7/8 mm
- Seringa descartável de 1 a 5 ml e agulha
- Algodão, gaze estéril e álcool a 70%

PROCEDIMENTOS:

- Conferir a prescrição (data, nome do medicamento, nome do usuário, via de administração, dose, horário e histórico de alergias);
- Reunir o medicamento e os materiais necessários na bandeja;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
- Manter a privacidade do usuário;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar as luvas;
- Aspirar o medicamento com agulha 40X12;
- Trocar a agulha;
- Retirar o ar da seringa e da agulha;
- Deixar o usuário em posição confortável e de modo que auxilie no relaxamento do músculo, minimizando a dor;
- Escolher o local para administração do medicamento;
- Expor a área e delimitar o local para aplicação – ver imagens;
- Realizar antisepsia local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos em um único sentido;
- Pinçar o local da aplicação com o polegar e o indicador da mão não dominante (fazer uma prega);
- Introduzir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo com bisel lateralizado;
- Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
- Injetar o líquido empurrando lentamente o êmbolo com a mão posta à que segura a seringa;
- Retirar a agulha em movimento único, rápido e firme;
- Realizar, com algodão seco, suave pressão local (sem massagear) até que se conclua hemostasia;
- Verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou reação alérgica;
- Retirar as luvas;
- Descartar corretamente os materiais utilizados (não desconectar nem reencapar a agulha da seringa);
- Realizar higienização das mãos;
- Realizar registro no prontuário, carimbar e assinar.

RECOMENDAÇÕES:

- Antes da aplicação, ler atentamente a prescrição observando o nome do paciente, medicamento, dosagem e via de administração.
- Em caso de refluxo sanguíneo, não injetar o medicamento, puncionar outra área.
- Ao selecionar uma região para administração de injeção intramuscular, deve ser avaliado: se o músculo está livre de tensão, se o local está livre de infecção ou necrose, se o local não apresenta lesões de pele, o tipo de medicamento a ser administrado, bem como o

volume.

- A aplicação no músculo deltoide é contra-indicada em pacientes com complicações vasculares nos membros superiores, pacientes com parestesia ou paralisia dos braços, mastectomizados ou com Fístula artério-venosa.
- Respeite o direito de recusa do paciente (indague e registre os motivos no prontuário).
- Registre qualquer tipo de reação que o paciente apresentar após a aplicação do medicamento.
- O medicamento não deve ser reconstituído em soluções que não as indicadas, nem misturado com qualquer outro tipo de medicamento na mesma seringa.
- Se o tratamento exigir mais de uma aplicação, os locais deverão ser alternados.
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.
- Para aplicar com a agulha ideal, deve-se levar em consideração: o grupo etário, a condição física do cliente, solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatas);
 - Em crianças o músculo escolhido dependerá do peso da criança e do tipo de medicação, a saber;
 - Para crianças menores de 3 anos a região indicada é a região vastolateral da coxa por ter maior massa muscular e possuir poucos nervos e vasos sanguíneos;
 - Crianças maiores de 3 anos a região indicada é a região glútea;

4.4 VOLUMES:

Tabela – Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 - 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

CUIDADOS ESPECIAIS:

- Realizar rodízios dos locais para evitar lipodistrofias;
- Não misturar medicamentos distintos na mesma seringa para serem administrados;
- Utilizar o método em “Z” em clientes que recebem injeções por período prolongado, idosos com massa muscular reduzida 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;
- Para os usuários que possuem implantação de prótese de silicone em glúteos e coxas, utilizar preferencialmente região ventroglútea. Se dúvida, consultar o enfermeiro;
- Não reencapar agulhas.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio. [et al.]. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático.** - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem**, 2015.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Procedimento Operacional Padrão**, 2014.
- LYNN, P. Habilidades de enfermagem clínica de Taylor. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed: 2009.
- POTTER, Patricia; PERRY Anne. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- SOUZA, G.B. Manual de drogas injetáveis. São Paulo: Medfarma, 2014.
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Pedro Ernesto. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem**, 2015.
- COREN-SP. **Administração de medicamentos por via intramuscular.** São Paulo, 2010. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/administracao_de_medicamentos_por_via_intramuscular.pdf.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 23 VIA SUBCUTÂNEA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data Aprovação de	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a administração de medicamento no tecido subcutâneo ou hipoderme e possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. É utilizada para administração de vacinas, anticoagulantes como heparina e também para insulina. Essa via é apropriada para a administração de soluções não irritantes, e que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua.

OBJETIVOS:

Promover lenta absorção da medicação, através dos capilares, de forma contínua e segura.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição
- Bandeja
- Medicamento prescrito e diluente do medicamento
- Luvas de procedimento

- Agulha descartável 25x7, 25x8 ou 38x7/8 para preparo
- Agulha fixa 13x4,5mm para aplicação
- Seringa descartável de 1ml
- Algodão, gaze estéril e álcool a 70%

PROCEDIMENTOS:

- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e o horário;
- Higienizar as mãos;
- Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
- Aspirar à medicação em seringa apropriada com agulha adequada ao paciente;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na cuba rim;
- Verificar se o nome do paciente confere com a prescrição, esclarecendo-o e/ou a seus familiares acerca da medicação;
- Calçar as luvas;
- Escolher o local para aplicação do medicamento (deltoide, face externa do braço e face externa e anterior da coxa, face interna do antebraço ou região abdominal e região escapular);
- Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%;
- Fazer uma prega na pele com o dedo indicador e polegar da mão não dominante;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° na pele com a mão dominante;
- Proceder à aspiração antes de injetar o medicamento, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
- Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
- Segurar a pele com o algodão, ao terminar a aplicação de modo firme;
- Não massagear ao retirar a agulha;
- Observar reação no local;
- Reposicionar o paciente confortavelmente no leito;
- Descartar a agulha e a seringa em local próprio (ambiente para perfurocortante);
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;

- Checar o medicamento no prontuário e anotar qualquer intercorrência.

RECOMENDAÇÕES:

- Não reencapar a agulha após a aplicação.
- Evitar aplicação próxima à região inguinal, às articulações e à cicatriz umbilical, na cintura e na linha mediana do abdome e face anterior do antebraço;
- Mudar diariamente o local de aplicação;
- Observar estado geral do paciente antes, durante e após a aplicação;
- Evitar áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, pareasias e plegias, pois podem dificultar a absorção do medicamento.
- Não aplicar em cicatrizes, locais com edema, manchas de nascença, membro superior do lado de cirurgia de mastectomia radical ou de fístula arteriovenosa, abdome gravídico e
- doenças vasculares periféricas oclusivas.
- Também está contraindicado em casos de situações emergenciais como: choque hipovolêmico, distúrbios graves de coagulação, grandes queimaduras e desidratação grave.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ME: **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

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

REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica. Parecer COREN-SP 010/2018: **ementa técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea**. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/10-18.pdf>. Acesso em: 26 jan . 2022.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 24 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patricia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO
Administrar medicamentos pelas narinas. Podem ser instalado em forma de gotas, spray e ou aerossol (com a utilização de um nebulizador, sendo estes utilizados para efeitos locais ou sistêmicos, visando tratar infecções ou para alívio de congestões nasais.
OBJETIVOS
<p>Padronizar o preparo e administração de medicamento por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosa das vias respiratórias superiores, ou para serem absorvidas sistematicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir, proteger, aliviar sintomas e tratar; • Aliviar a congestão nasal; • Estancar hemorragias; • Umedecer a mucosa nasal; • Facilitar remoção de secreções e corpo estranho; • Promover anestesia local para exames rinológicos, laringoscopia, broncoscopia

e intubação nasotraqueal.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição médica;
- Terapia medicamentosa prescrita
- Medicamento com conta gotas limpo, frasco com spray e ou aerossóis (com a utilização de um nebulizador);
- Nebulizador se necessário;
- Bandeja;
- Caneta;
- Papel;
- Fita adesiva;
- Gaze não estéril;
- Compressa não estéril;
- Solução fisiológica 0.9%;
- Seringa de 10 ou 20mL se necessário;
- Haste flexível com algodão nas pontas;
- Luvas de procedimento;

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos;
- Verifique a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo)
- Realizar registro adequado no caso de medicações controladas;
- Reunir materiais necessários;
- Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool 70%.

- Fazer o rótulo do medicamento contendo, nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
- Colocar em uma bandeja o medicamento com a identificação do cliente;
- Encaminhar a unidade do cliente;
- Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o cliente sentado ou deitado com a cabeça um pouco inclinada para trás, se sua condição permitir;
- Realizar higiene nasal com haste flexível embebida em soro fisiológico 0.9%, se necessário;
- Aspirar se necessário, o medicamento prescrito com o auxílio de conta-gotas, apertando o bulbo do gotejador com a mão dominante;
- Levantar suavemente a ponta do nariz com a mão não dominante, para abrir bem a narina, mantendo a distância de 0,5 a 1cm acima do nariz e inclinar a ponta do gotejador na direção do septo nasal, sem tocar o gotejador na narina do cliente;
- Administrar o medicamento na mucosa nasal;
- Oferecer ao cliente gaze não estéril para que o mesmo remova o excesso do medicamento (caso sua condição o permita);
- Fechar o frasco do medicamento;
- Solicitar que o cliente permaneça nessa posição por mais três minutos, observando suas reações;
- Orientar o cliente a não assoar o nariz imediatamente após a administração do medicamento, apesar do desconforto que ela possa vir a causar;
- Instalação por Aerossóis: paciente poderá ficar sentado, ou com cabeceira elevada, instalar o nebulímetro na parede de ar comprimido/O2/nebulizador (CPM, orientar o paciente a segurar a máscara o mais próximo possível do rosto (cobrindo boca e nariz, inalando a maior parte da medicação);
- Desprezar o material utilizado no lixo apropriado, recolher o que deve ser guardado, realizando a desinfecção antes;
- Deixar o cliente em posição confortável e a mesa de cabeceira do paciente em

ordem;

- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Checar o medicamento administrado na prescrição médica;
- Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e

comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a recusa, reações do cliente, dor, presença de lesões, secreção, sangramento, ocorrências adversas (locais e sistêmicas) e etc.

5 CUIDADOS ESPECIAIS:

- Atentar para sinais de irritação e reações adversas.
- A instalação de medicamentos por via nasal está contraindicada:
 - Paciente com obstruções nasais e traumatismos;
 - Epistaxe, rinorragia ou rinorreia;
 - Cirurgias de vias respiratórias superiores, no pós-operatório imediato;

RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem**. 2ªed. São Paulo: E.P.U., 2009

POSSO, Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

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

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 25 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias através de aplicação de pomada ou colírio na conjuntiva ocular.

OBJETIVOS:

Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via ocular. -Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via ocular;

- Aplicar antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificantes na região dos olhos;
- Prevenir, proteger, aliviar sintomas e tratar;
- Anestésiar o olho para intervenções;
- Auxiliar na investigação diagnóstica;
- Lubrificar os olhos;
- Evitar ulceração da córnea;

Provocar dilatação da pupila (midríase) ou constrição da pupila (miose)

3 CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja;
- Lenço de papel ou gaze estéril;
- Medicamento prescrito;
- Álcool a 70%;
- Luva de procedimento (S/N);
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Rótulo de identificação.

PROCEDIMENTOS:

- Realizar a higienização das mãos;
- Verifique a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo);
 - Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
 - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
 - Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Levar a bandeja até a unidade do cliente e colocá-la na mesa de cabeceira;
 - Informar o procedimento ao cliente e acompanhante;
 - Colocar o paciente na posição sentada ou decúbito dorsal;
 - Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso;
 - Limpar os olhos com gaze do canto interno para o externo, com solução fisiológica a 0,9% (não pode ter secreção);
 - Colírio:
 - 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.
 - Pomada oftálmica:
 - Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a ponta;
 - 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 o material utilizado, deixando a unidade do cliente em ordem;
 - Desprezar os resíduos;
 - Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Checar o medicamento administrado na prescrição médica;
 - Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.
- CUIDADOS ESPECIAIS:**
- Não colocar a medicação diretamente na córnea;
 - Medicação ocular é exclusiva de cada paciente;
 - Pomadas são aplicadas depositando uma fina camada no saco conjuntival do canto interno para o externo, seguindo as indicações descritas acima.

- No caso de o cliente 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;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Em caso de presença de secreção, o profissional deverá usar luvas de procedimento.

RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
3. POSSO, Maria Belén Salazar: Semiologia e Semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
4. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 26 VIA AURICULAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a administração de medicamento por via auricular ou otológica, (canal do ouvido), para tratamento de infecções, inflamações, remover cerume e/ou aliviar dor.

OBJETIVOS:

Tratar inflamações e infecções, amolecer cerume para posterior remoção e produzir anestesia local.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição
- Bandeja
- Gazes
- Medicamento prescrito
- Luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS:

1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos.
5. Reunir o material na bandeja. 6. Higienizar as mãos.

7. Calçar as luvas de procedimento.

8. Colocar o cliente sentado ou deitado com cabeça lateralizada de acordo com o ouvido onde será instilada a medicação, se for ambos, aplicar em um ouvido e depois no outro.

9. Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior.

10. Fazer higiene se necessário.

11. Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lobo para cima e para fora (em clientes adultos).

12. Administrar a medicação conforme prescrição médica, segurando o conta gotas a 1cm acima do canal auditivo sem tocar o frasco no cliente.

13. Pedir ao cliente que permaneça em decúbito lateral por 3 a 5 minutos.

14. Repetir o procedimento no lado contrário, se prescrito.

15. Remover o excesso da medicação, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.

16. Reposicionar o cliente confortavelmente.

17. Desprezar os resíduos em local próprio.

18. Retirar as luvas de procedimento.

19. Realizar a higienização das mãos.

20. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

RECOMENDAÇÕES:

Não encostar a ponta do frasco no canal auditivo do cliente

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão (POPs)**. 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padraopops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 06 dez. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 27	Versão	1.0 Fevereiro 2022
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL	Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

Tem por finalidade padronizar a administração de medicamentos via oral.

OBJETIVOS:

Administração, pela boca, de uma forma farmacêutica que após a deglutição, chega até o Trato Gastrointestinal (TGI).

- Administrar medicações com apresentação em capsulas, suspensão, gotas, xaropes, óleos, comprimidos, grânulos e pós, que são absorvidos pelo TGI.
- Relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via oral; Fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

Absorção de medicamentos pelo trato gastrointestinal, para que ocorram efeitos sistêmicos desejados através da corrente sanguínea.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Copo Descartável 50ml identificado (para colocar medicamento);
- Copo Descartável 180ml com água potável (filtrada ou mineral);
- Fita Crepe;
- Caneta;
- Copo graduado, conta-gotas, colher-medida, seringa (para medicamentos líquidos).

PROCEDIMENTOS:

- Verificar a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo)
 - Realizar a limpeza da bancada onde será preparada a medicações
 - Investigar possíveis contraindicações do cliente para receber a medicação por via oral;
 - Avaliar a capacidade de engolir e tossir;
 - Avaliar o histórico médico do cliente e verificar possíveis alergias medicamentosas e nutricionais;
 - Higienizar as mãos;
 - Separar a medicação em uma bandeja ou cuba rim;
 - Colar a etiqueta de identificação no copo descartável de 50 ml ou na seringa (nome e sobrenome do cliente, enfermaria, leito, nome do medicamento, dose, horário, via de administração);
 - Se comprimido, retire da embalagem e coloque-o no copo descartável de 50 ml, sem tocá-lo. Cada medicamento deve ser colocado em um copo individual;
 - Se solução, coloque a dose prescrita em um copo. Para tal, utilize uma seringa ou copo dosador. Cada medicamento deve ser colocado em seringa ou copo dosador individual;
 - Se gotas, colocar/gotejar a quantidade prescrita num copo e dilua com água potável. Cada medicamento deve ser colocado em um copo individual;
 - Levar o medicamento em uma bandeja ou cuba para o quarto do cliente e coloque-a em uma mesa auxiliar limpa;

- Conferir o nome completo do paciente que consta na prescrição, no copo com o medicamento e a pulseira de identificação;
- Orientar o cliente sobre o medicamento que está sendo administrado.
- Auxiliar o cliente a sentar ou ficar na posição lateral, quando a posição sentada for contraindicada;
- Administrar os medicamentos pela via oral;
- Permanecer no recinto até que o cliente tenha engolido completamente a medicação, e certifique-se disso. Em caso de recusa da medicação, não deixar a medicação na unidade do cliente, retornar e registrar na prescrição do paciente;
- Auxiliar o cliente a retornar a uma posição confortável;
- Recolher o material do quarto e descartar os resíduos no lixo apropriado;
- Higienizar as mãos.
- Checar o medicamento administrado na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências;

4.3 MEDICAÇÕES SUBLINGUAIS:

Os medicamentos sublinguais seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. As medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca.

PROCEDIMENTO: Oferecer água para o cliente enxaguar a boca; Colocar o medicamento sob a língua do cliente, caso esteja impossibilitado. Se as condições do cliente permitirem, solicitar que o mesmo o coloque; Orientar o cliente para não engolir saliva por alguns minutos, permitindo a absorção da medicação.

OBSERVAÇÕES:

- Esta via está contra-indicada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição. Neste caso utilizar SNG, para veiculação da medicação;
- Apresentações em forma de pó devem ser preparadas antes de serem ingeridas. O pó não deve ser colocado diretamente na boca, atentar para identificação dos frascos com a data, após a diluição dos medicamentos;
- Verificar necessidade de refrigeração e prazo de validade depois de diluído, conforme a recomendação do fabricante;
- Os comprimidos, cápsulas e drágeas são geralmente deglutidas com auxílio de

água. As drágeas não devem ser cortadas e nem as cápsulas serem abertas, salvo quando para veiculação via SNG. Os comprimidos podem ser triturados e diluídos quando os pacientes apresentarem dificuldade na deglutição;

- A medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou estejam em jejum para cirurgia;

RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

POSSO, Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem**. 2ªed. São Paulo: E.P.U., 2009.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 28 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

Administrar drogas cuja absorção ocorra na mucosa intestinal, gerando efeitos locais ou sistêmicos.

OBJETIVOS:

Administrar medicamentos na mucosa retal através o orifício anal, permitindo a absorção de diversos fármacos através de supositórios, soluções ou pomadas.

- Estimular a peristalse e defecação;
- Induzir a absorção pela mucosa intestinal, a fim de alcançar efeitos terapêuticos locais e sistêmicos;
- Evitar a desativação da função medicamentosa pelas enzimas do estômago;
- Evitar a irritação estomacal;
- Administrar medicamentos quando a via oral não é a de eleição;

Tratar e prevenir doenças.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- EPI: máscara cirúrgica, luvas de procedimento, óculos protetores e avental;
- Sonda retal;
- Soro;
- Biombo;
- Forro impermeável;
- Comadre;
- Toalha;
- Gaze;
- Gel anestésico (não havendo, poderá ser utilizado vaselina).

PROCEDIMENTOS:**SUPOSITÓRIOS:**

- Verificar a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo)
 - Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
 - Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Levar a bandeja até a unidade do paciente;
 - Informar o procedimento ao paciente;
 - Isolar o leito com um biombo;
 - Calçar as luvas;
 - Colocar o paciente em posição de decúbito lateral (Sims);
 - Colocar forro impermeável sob o paciente;
 - Colocar uma toalha sobre o paciente, expondo-o o mínimo necessário, preservando a intimidade do paciente;
 - Lubrificar a cânula de aplicação com gel anestésico;
 - Solicitar ao usuário para realizar respirações lentas e profundas pela boca, e

relaxar o esfíncter anal;

- Afastar os glúteos com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante;
- Introduzir o supositório, gentilmente pelo ânus até o esfíncter interno e contra a

parede do reto, 10 cm no adulto e 5 cm na criança e bebê, solicitando ao usuário que não tente fazer força de evacuar;

- Administrar a medicação conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Solicitar que o paciente aguarde o máximo de tempo que conseguir sem evacuar;
- Oferecer comadre ao paciente ou encaminhá-lo ao banheiro se não conseguir

aguardar;

- Auxiliar o cliente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser

absorvido;

- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do cliente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a

desinfecção com álcool a 70%.

- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.
- Verificar a característica das eliminações e registrar.

ENTEROCLISMA (MAIS QUE 150 ML DE SOLUÇÃO) OU CLISTER (ATÉ 150 ML DE SOLUÇÃO):

• Verifique a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo)

• Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;

- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Levar a bandeja até a unidade do cliente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao cliente;
- Isolar o leito com um biombo;

- Calçar as luvas;
- Colocar o cliente em posição de decúbito lateral (Sims);
- Colocar forro impermeável sob o cliente;
- Colocar uma toalha sobre o cliente, expondo-o o mínimo necessário;
- Acoplar o frasco com a solução prescrita no suporte de soro;
- Realizar a higiene íntima do paciente ou solicitar ao paciente que o faça;
- Lubrificar a sonda retal ou o bico do frasco do enema com gel anestésico;
- Colocar o EPI (luvas de procedimento, máscara comum e óculos de proteção);
- Introduzir a sonda retal +/- 10 cm ou o bico do frasco do clister.
- Abrir o equipo e introduzir lentamente todo o volume da solução (no clister, apertar o frasco até esvaziá-lo);
 - Retirar a sonda ou frasco do clister e encaminhar o cliente ao banheiro (ou oferecer comadre);
 - Pedir ao paciente que retenha a solução (de 5 à 15 minutos);
 - Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;
 - Deixar o cliente confortável e recolher o material do quarto;
 - Recolher o material utilizado, deixando a unidade do cliente em ordem;
 - Desprezar os resíduos;
 - Retirar as luvas de procedimento;
 - Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
 - Fazer anotação de enfermagem, indicando o local onde foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.
 - Verificar a característica das eliminações e registrar.

RESPONSABILIDADE: Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

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

POSSO, Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

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

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

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 29 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

Administração pela qual o medicamento é aplicado diretamente no canal vaginal. A ação do medicamento é local, e são administrados cremes, óvulos, géis, tampões, supositórios e pomadas.

OBJETIVOS

Administrar medicamentos na via vaginal para a absorção local.

Tratar doenças ginecológicas.

- Drenar secreções vaginais anormais,
- Tratamento tópico para infecção ou inflamação ginecológicas;
- Preparar para cirurgias dos órgãos reprodutores;

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, aplicador vaginal e comadre
- Luvas de procedimento,
- Absorvente íntimo S/N
- Biombo.

PROCEDIMENTOS:

- Se possível, a paciente deverá fazer a auto aplicação.

- Verifique a prescrição médica e conferir os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa; registro certo)
 - Realizar a higienização das mãos conforme POP CCIH;
 - Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
 - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
 - Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
 - Levar a bandeja até a unidade do paciente;
 - Informar o procedimento a paciente;
 - Isolar o leito com um biombo;
 - Solicitar que a paciente esvazie a bexiga, se possível;
 - Realizar a higienização das mãos conforme POP CCIH;
 - Solicitar para a paciente realizar a higiene íntima e, na impossibilidade, realizar pela paciente;
 - Calçar as luvas;
 - Colocar forro impermeável sob a paciente;
 - Colocar a paciente em posição ginecológica;
 - Preservar a intimidade da paciente;
 - Introduzir a medicação com o aplicador na paciente;
 - Solicitar que a paciente aguarde 15 minutos antes de levantar;
 - Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
 - Desprezar os resíduos;
 - Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
 - Realizar a higienização das mãos conforme POP CCIH;
 - Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
 - Detalhar na anotação de enfermagem, quaisquer intercorrências;

CUIDADOS ESPECIAIS

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;

- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- O aplicador é de uso individual.

RESPONSABILIDADE:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
POSSO, Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 30 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

- 1- Terapia eficaz em situações de choque, hemorragias ou doenças sanguíneas. Frequentemente usam-se em intervenções cirúrgicas, traumatismos, hemorragias digestivas ou em outros casos em que tenha havido grande perda de sangue.
- 2- Sangue total: restaura a volemia e mantém a perfusão e a oxigenação tecidual.
- 3- Concentrado de hemácias: aumenta a capacidade de transporte de oxigênio por aumento da massa de hemácias circulante.
- 4- Concentrado de plaquetas: as plaquetas são essenciais para a hemostasia normal. O número adequado de plaquetas previne ou cessa um sangramento ativo.
- 5- Crioprecipitado: repõe o fibrinogênio e o fator VIII.
- 6- Plasma: reposição de fatores de coagulação.

OBJETIVOS

1. Restaurar a volemia.
2. Melhorar a capacidade de transporte de oxigênio.
3. Corrigir coagulopatia.
4. Restaurar da hemostasia.

5. Minimizar riscos associados à hemotransfusão;
6. Padronizar a administração de hemocomponentes;
7. Padronizar o registro da transfusão de hemocomponentes utilizando o Checklist
8. Transfusional;
9. Padronizar o cuidado a pacientes que apresentarem sinais e sintomas característicos de reações transfusionais.

MATERIAL UTILIZADO

1. Bolsa do hemocomponente;
2. Equipo próprio para transfusão (fornecido pela Agência transfusional);
3. Dispositivo intravenoso nº 18 (jelco) ou Scalp nº 19;
4. Algodão embebido em álcool a 70%;
5. Garrote (largo);
6. Esparadrapo ou micropore;
7. Luvas de procedimento.
8. Procedimento

Antes da administração de hemocomponente

1. Verificar o preenchimento correto da solicitação do hemocomponente;
2. Verificar se o nome e o número do prontuário conferem com a etiqueta da bolsa
3. Certificar-se do tipo sanguíneo ABO/RH;
4. Se houver necessidade de coletar amostra de sangue, identificar o tubo antes da coleta e certificar-se de identificá-lo corretamente;
5. Certificar-se da história transfusional pregressa e das reações adversas anteriores. Se o cliente citar reações, comunicar ao médico;
6. Conferir a prescrição médica, quantidade a ser administrada, a velocidade, e o tempo de infusão, que não deve ultrapassar 04 horas;
7. Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
8. Verificar SSVV e anotá-los no prontuário para estabelecer o parâmetro inicial;
9. Observar a presença de febre (38,7°C ou mais) comunicar ao médico;
10. Providenciar acesso venoso ou verificar a permeabilidade de um acesso já existente.
11. Certificar-se de que o calibre é adequado ou verificar a disponibilidade de via de acesso central;
12. Orientar o paciente/acompanhante sobre a possibilidade de reações adversas.

Durante a administração de hemocomponente

- 1- Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente. Caso estejam muito gelados, aguardar cerca de 20 minutos;
- 2- Anotar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
- 3- Colar a etiqueta com o número da bolsa do hemocomponente na prescrição;
- 4- Observar rigorosamente o cliente nos 15 minutos iniciais, administrando o hemocomponente lentamente até atingir a prescrição estabelecida pelo médico.

Após administração de hemocomponente

- 1- Lavar as mãos antes e após;
- 2- Desconectar a bolsa do acesso venoso e comunicar a Agência Transfusional para coletar a embalagem, para posterior descarte final;
- 3- Verificar SSVV e anotar no prontuário;
- 4- Observar atentamente o cliente nos 15 minutos após o término da transfusão;
- 5- Realizar visita pós transfusional e observar reações adversas.

Observação: Não se recomenda, em nenhum caso, a administração simultânea de medicação e hemoderivados.

Responsabilidade

- 1- O Enfermeiro é o responsável direto por cumprir a rotina pré-instalação e todos os passos subsequentes.

Técnico de enfermagem (instalação da hemotransfusão)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; Resolução COFEN Nº 629/2020. **Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia.** Brasília, 9 de março de 2020. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-629-2020_77883.html acessado em 05 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Marco conceitual e operacional de hemovigilância: **Guia para a hemovigilância no Brasil.** Brasília, DF, 2015.

Ministério da Saúde. **Guia para o uso de Hemocomponentes.** Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada. 2.ed.-: Ministério da Saúde,2014.

Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. **Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 05 fev.2016. Seção 1, p. 37.

Hemocomponentes para Transfusão 2016 "Procedimento Operacional Padrão Interno do HUGG Nº 26 – "Rotina de Conduta nas Reações Transfusionais 2017"

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 31 INSULINA NPH E REGULAR	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Consiste no tratamento para os pacientes com Diabetes mellitus (DM) tipo I e tipo II que não sejam adequadamente controlados por dieta e/ou fármacos hipoglicemiantes orais e para pacientes com diabetes pós-pancreactomia ou diabetes gestacional.

OBJETIVOS:

- Orientar e capacitar os profissionais da assistência na técnica do preparo concomitante das insulinas NPH e Regular na aplicação subcutânea (SC), para diminuir o número de injeções no cliente.
- Normalizar dos níveis glicêmicos e todos os aspectos do metabolismo.
- Controlar níveis glicêmicos de pacientes no perioperatóriocom DM tipo I ou DM tipo II.

CAMPO DE APLICAÇÃO Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. Bandeja (cuba rim);
2. Frasco de Insulina U-100 tipo NPH (N), Regular (R) ou ultra- rápida (Lispro);
3. Álcool 70%;
4. Algodão;
5. Seringa 1ml de 100 unidades;

6. Agulha 13X 4,5

PROCEDIMENTOS:

1. Ler a prescrição médica e verificar: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário, para insulina regular observa prescrição ou protocolo de administração.
2. Lavar as mãos;
3. Preparar medicamento conforme técnica;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Checar as condições da região escolhida;
6. Fazer anti-sepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
7. Com a mão não dominante fazer uma prega na pele utilizando o dedo indicador e polegar, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
8. Introduzir a agulha em ângulo de 90° (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido.
9. Para o paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90°;
10. Injetar o líquido lentamente;
11. Retirar a seringa/agulha rapidamente, não massagear o local e não aspirar (fazer rodízio na próxima aplicação);
12. Deixar o posto de enfermagem organizado;
13. Checar o procedimento no prontuário e anotar no prontuário o local que foi administrado à insulina.

RECOMENDAÇÕES:

1. Na aplicação de insulina, utilizar a técnica de revezamento, um sistema padronizado de rodízio de locais, para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área de injeção;
2. Os locais indicados são: face posterior externa do braço, no espaço entre três dedos abaixo do ombro e três dedos acima do cotovelo; região lateral esquerda e direita do abdômen, região frontal e lateral superior da coxa e região lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega interglútea;
3. Em cada aplicação é importante dar uma distância de aproximadamente 1 a 2 cm

;

O frasco de insulina deve ser conservado na geladeira (de preferência na gaveta da geladeira).

ATENÇÃO:

Ponto de decisão crítico: atingir vaso sanguíneo durante uma injeção subcutânea é muito raro, por isso a aspiração não é necessária.

LOCAIS PARA RODÍZIO DE APLICAÇÃO DE INSULINA

O bom desempenho do sistema de medicação deve refletir a articulação das ações da equipe multidisciplinar, bem como o compartilhar do conhecimento de cada ciência com todos os seus componentes, objetivando o restabelecimento da saúde do paciente com máxima segurança.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA **Parecer COREN/SC Nº 003/CT/2016. 2016.** Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Parecer-T%C3%A9cnico003-2016-CT-ABS-Mistura-de-Insulina.pdf>. Acesso: em 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** [Cadernos de Atenção Básica, 36]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 160 p.

PIMAZONI NETTO A (coordenador). Posicionamento oficial SBD no 01/2017: **Recomendações sobre o Tratamento Injetável do Diabetes: insulinas e incretinas** [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2017. [acesso em 21 set 2019]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/publico/images/2017/posicionamento-oficial-sbd-01-2017.pdf>

GROSSI SAA, PASCALI PM (organizadores). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Sao Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009. p. 53-73.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 32 ADMISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
02 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	DIREÇÃO GERAL

DEFINIÇÃO:

Alimentação com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada e combinada, com composição definida, especialmente formulada e elaborada para uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir, complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, visando à síntese e manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

OBJETIVOS:

1. Melhorar significativamente do estado geral do paciente.
2. Reduzir complicações infecciosas, tempo de internação e custos relacionados ao tratamento.
3. Usar em situações clínicas onde o tubo digestivo encontra-se íntegro, o paciente não deve alimentar-se pela boca.

Para pacientes com anorexia prolongada, má nutrição protéico-calórica severa, trauma de cabeça e pescoço ou desordens neurológicas que impede em que o metabolismo esteja elevado.

CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. Luvas de procedimento;
2. Frasco com nutrição enteral prescrita;
3. Equipo próprio para nutrição;

4. Seringa de 20ml;
 5. Copo com água potável;
 6. Estetoscópio;
 7. Suporte de soro;
- Bomba de infusão.

PROCEDIMENTOS:

1. Explicar ao paciente e sua família sobre a indicação do procedimento;
2. Explicar sobre o posicionamento correto da sonda e sua fixação e os riscos de seu deslocamento;
3. Esclarecer ao paciente e sua família a necessidade de manter o paciente em decúbito elevado;
4. Explicar ao paciente a importância de notificar a ocorrência de náuseas, vômitos, flatulência, aerofagia, dores abdominais, frequência e aspecto das evacuações;
5. Consultar a prescrição médica e verificar o rótulo da dieta;
6. Lavar as mãos;
7. Preparar o material;
8. Preparar o paciente colocando-o semi-sentado com cabeceira elevada a 30°;
9. Calçar luvas de procedimento;
10. Confirmar o posicionamento da sonda;
11. Aspirar conteúdo da sonda antes de iniciar a administração da dieta;
12. Verificar volume aspirado, caso o volume seja superior a 50% do volume a ser administrado, não administrar a dieta;
13. Programar a bomba de infusão;
14. Instalar o frasco da dieta no suporte de soro e preencher o equipo com a dieta
15. Lavar a sonda com 20 ml de água potável;
16. Conectar o equipo da dieta a sonda e administrar a dieta por bomba de infusão, conforme prescrição, de forma contínua ou intermitente;
17. Monitorar a infusão da dieta;
18. Ao término da dieta, pinçar a sonda, retirar o equipo e lavar novamente a sonda com 20 ml de água potável;

Se houver obstrução da sonda, o procedimento recomendado para desobstrução é a lavagem da mesma com aproximadamente 20 ml de água sob pressão, ou com volume maior,

utilizando uma seringa.

RECOMENDAÇÕES:

- Em caso de dietas contínuas, interromper administração de NE, lavar com 20ml de água a cada 6h ou a cada administração de medicamentos;
- Caso o paciente apresente cianose, tosse contínua ou dispneia interrompa imediatamente administração da dieta e avalie o posicionamento da SNE.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**.13 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

WAITZBERG, Dan L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MATSUBA, C.S.T; SERPA, L.F; CIOSAK, S.I. **Terapia nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem**. Comitê de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. São Paulo: Martinari, 2014.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 33 GAVAGEM	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Método de alimentação e/ou administração de medicamentos à pacientes inconscientes ou impossibilitados de deglutir, através de uma sonda naso ou orogástrica.

OBJETIVOS:

Alimentação, hidratação e medicação aos pacientes inconscientes ou impossibilitados de deglutir.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. 01 frasco com a dieta prescrita;
2. 01 Seringa de 20ml;
3. 01 Equipo de soro macro gotas;
4. 01 Copo com água potável;
5. Um estetoscópio;
6. 01 par de luvas de procedimento;
7. Prontuário.

PROCEDIMENTOS:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
3. Colocar o paciente em posição de Fowler;
4. Calçar luvas;
5. Conectar o equipo de soro ao frasco da dieta;

6. Retirar o ar do equipo;
 7. Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
 8. Colocar o paciente em posição de Fowler para facilitar a introdução da dieta, caso não seja contra-indicação;
 9. Conferir o horário, rótulo e aspecto da dieta;
 10. Verificar temperatura da dieta, que deverá estar em temperatura ambiente;
 11. Colocar o frasco da dieta no suporte do soro;
 12. Certificar-se do posicionamento correto da sonda.
 13. Conectar a sonda nasoentérica/nasogástrica ao equipo do frasco da dieta;
 14. Abrir a pinça do equipo e controlar o gotejamento que deverá ser constante, lento (gota a gota);
 15. Observar a reação do paciente;
 16. Lavar a sonda injetando água para remover os resíduos com o uso da seringa, após o término da introdução da dieta / medicação;
 17. Fechar a sonda;
 18. Manter a cabeceira elevada por mais 30 minutos na posição de Fowler após a administração da dieta;
 19. Manter a unidade limpa e organizada;
 20. Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;

RECOMENDAÇÕES:

1. Seguir o horário prescrito para administrar a dieta;
 2. Avaliar aspecto, quantidade e características do Resíduo gástrico antes da administração da dieta;
 3. Observar presença de distribuição gástrica;
 4. Avaliar a presença de dispnéia ou taquipnéia durante o procedimento;
- Não permitir gotejamento rápido

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, Luzirene da Silva. **Procedimento Operacional Padrão (POP):** Gavagem. HGV: Teresina, 2012. p.76-77.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. Enfermagem na UTI-neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 34 SONDAGEM NASOGÁSTRICA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Inserção através do nariz de uma sonda de silicone até o estômago.

OBJETIVOS:

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- 1 biombo;
- 1 bandeja contendo
- 1 ampola de soro fisiológico a 0,9% ou xylocaína geléia 2%, ou gel hidrossolúvel
- 1 par de luvas de procedimentos, e ou estéril
- 1 pacote de gazes
- 1 sonda de Levine
- 1 seringa de 20ml
- 1 estetoscópio
- Máscara descartável e esparadrapo
- Toalha de rosto ou descartável

PROCEDIMENTOS:

- Higienizar as mãos;
- Conferir a prescrição médica, reunir todo material na bandeja e levar para próximo ao paciente; Orientar paciente e familiar sobre o procedimento;
- Isolar a cama com um biombo, se necessário;

- Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação, caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Colocar máscara e calçar luvas de procedimento;
- Verificar o uso de próteses dentárias móveis, solicitando ao paciente para retirá-los;
- Avaliar obstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Higienizar a narina com solução fisiológica, se necessário;
- Colocar a toalha no tórax (ou papel-toalha);
- Medir a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifóide. Acrescentar a medida de dois dedos, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda utilizando gaze gel hidrossolúvel;
- Introduzir na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- Testar posicionamento, injetando 20 ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio concomitantemente a região epigástrica.
- Aspirar o conteúdo gástrico;
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- Manter a sonda fechada ou aberta, conforme a indicação da prescrição;
- Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar ao expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara descartável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

RECOMENDAÇÕES:

O calibre da sonda de Levine depende da finalidade do uso, sendo que o preconizado para adultos são os números de 14 a 18 e para crianças de 06 a 12 conforme a idade.

Renovar a fixação da sonda diariamente ou sempre que necessário

RESPONSÁVEIS: Privativo do enfermeiro^(a)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, RESOLUÇÃO Nº 619/2019. **Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html. Acesso 05/01/2022.

POSSO Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2010. BRASIL. Ministério da Saúde. **MANUAL de procedimentos de enfermagem.** Distrito Federal, 2012.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem.** 6. Ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 2v. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem.** 2ªed. São Paulo: E.P. U., 2009.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-35 SONDA NASOENTERAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
02 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	

DEFINIÇÃO:

A sonda nasoenteral é passada da narina até o intestino. Difere da sonda nasogástrica, por ter o calibre mais fino, causando assim, menos trauma ao esôfago, e por alojar-se diretamente no intestino, necessitando de controle por Raios-X para verificação do local da sonda.

OBJETIVOS:

- Padronizar os procedimentos de passagem de Sonda Nasoenteral (SNE);
- Administração de medicamentos;
- Alimentação e manutenção do estado nutricional do paciente;
- Permitir a administração de medicamentos e dieta de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, inconscientes, com reflexos diminuídos e/ou com dificuldade de deglutição.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Biombo, se necessário;
- Bandeja;
- EPIs (Óculos, máscara descartável, avental descartável e luvas de procedimento);
- (Sonda de Nutrição Enteral (preferencialmente 12fr);
- Toalha de rosto ou compressa não estéril ou papel toalha;

- Fita adesiva microporosa;
- Seringa de 20 ml;
- SF 0,9% 10 ml - (7) Xilocaína geléia 2%;
- Tesoura;
- Hastes Flexíveis (cotonetes), se necessário;
- Lanterna Clínica, se necessário;
- Estetoscópio;
- Gases não estéril.

PROCEDIMENTOS:

1. Conferir prescrição de SNE;
2. Higienizar as mãos (PRT.CCIRAS.001);
3. Reunir o material, levar até o leito do paciente e colocar em local acessível;
4. Dirigir-se ao quarto do paciente e orientar sobre o cuidado que será realizado;
5. Confirmar a identificação do paciente e explicar o procedimento ao mesmo ou ao acompanhante, se for o caso;
6. Colocar biombo para promover privacidade, se necessário;
7. Verificar o uso de prótese dentárias móveis pelo(a) paciente, solicitando que as retire. Se não puderem ser removidas pelo(a) paciente use os equipamentos de proteção individual e retire-as;
8. Elevar cabeceira em posição Fowler, se possível;
9. Colocar EPIs;
10. Proteger o tórax do paciente com a toalha ou compressa não ésterilou papel toalha;
11. Medir a extensão da sonda a ser introduzida, colocando sua extremidade distal na ponta do nariz do paciente, enquanto o restante dela percorre em linha reta a distância do nariz até o lobo inferior da orelha, de lá até o apêndice xifoide e acrescentar a distancia do apêndice xifoide até o ponto médio da cicatriz umbilical.

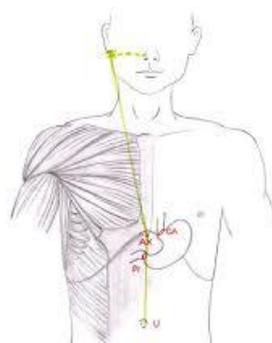


FIGURE 1—Anatomical landmarks used for the measurements
(CA = cardia; AX = xiphoid process; PI = pylorus; U = umbilicus)

12. Marcar este ponto na sonda com fita adesiva ou marcador permanente;
13. Higienizar as narinas, se necessário;
14. Inspeccionar as condições da cavidade oral e da cavidade nasal com a lanterna, para detectar anormalidades e definir em qual narina será introduzido a sonda, se necessário;
15. Lubrificar a ponta da sonda (cerca de 10 centímetros) com xilocaína geleia 2%.
16. Introduzir a sonda na narina escolhida, solicitando que o paciente tente deglutir (quando possível). A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados;
 17. Inserir o restante da sonda até o ponto de demarcação de forma suave;
 - OBS: Observar sinais de cianose ou desconforto respiratório, neste caso retirar a sonda e aguardar o paciente se recuperar para reiniciar o procedimento;
 18. Testar o posicionamento da SNE, conectando uma seringa de 20 ml e aspirando o conteúdo gástrico e a seguir injete 20 ml de ar pela sonda enquanto é feita a ausculta do quadrante abdominal superior esquerdo (Figura 6) - **OBS:** Lembrar que a ausculta da entrada do ar pela sonda não garante seu posicionamento adequado, sendo mandatória confirmação radiológica após o término do procedimento;
 19. Fixar a SNE colocando um pedaço de micropore no nariz limpo e seco, por cima deste um pedaço de esparadrapo. Fixar ainda com um pedaço de esparadrapo tipo borboleta, enrolando na sonda (na ausência de curativo para fixação de SNE);
 20. Retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que ela tracione. Guardá-la em uma embalagem limpa e mantê-la junto aos pertences do paciente, caso a sonda precise ser repassada;
 21. Fechar a sonda;
 22. Identificar a sonda com fita de esparadrapo com data, hora e profissional responsável;
 23. Abaixar a cabeceira da cama, quando não houver contraindicação e, posicionar o paciente em decúbito lateral direito para facilitar a migração da sonda para o duodeno; **OBS:** Não abaixar a cabeceira da cama de pacientes intubados e com alto risco de broncoaspiração.
 24. Recolher o material utilizado e manter o ambiente em ordem;
 25. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme o PRT.CCIRAS.001;
 26. Realizar as anotações de enfermagem registrando: hora do procedimento, calibre, volume aspirado (se for o caso), teste auscultatório e intercorrências;
 27. O médico deverá solicitar o Raio-X abdominal para verificar o posicionamento da

sonda;

- **OBS:** Após realização do Raio-X abdominal o médico deverá analisar a imagem e liberar o uso da sonda, anotando a liberação na prescrição médica. Checar a prescrição médica após passagem da SNE, para somente assim, liberar a administração da dieta ou medicação via sonda.

RECOMENDAÇÕES:

No que compete a equipe de enfermagem: este procedimento é privativo do enfermeiro.

Realizar o teste de ausculta com estetoscópio e introdução de ar com seringa de 20 ml na região hipogástrica, imediatamente antes de administrar dieta ao paciente.

Inspeccionar as narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda.

Em caso de dieta intermitente, lavar a sonda com 20 ml de água antes e após a administração de medicamentos e dietas, para eliminar os resíduos de gordura e dieta, que podem obstruir a luz da sonda.

Manter cabeceira elevada (fowler) enquanto corre a dieta.

O ideal é que o paciente esteja em jejum de 4 horas antes da passagem da sonda enteral, pois a presença de alimento no estômago pode causar vômito durante o procedimento e aumentar o risco de broncoaspiração

RESPONSÁVEIS:

Privativo enfermeiro (a)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN, RESOLUÇÃO Nº 619/2019. **Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.** Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html. Acesso 05/01/2022.

HU- UFSC. Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina. **Procedimentos Operacionais Padarão:** Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90>> . Acesso em 04 dez. 2021.

SILVEIRA, **Gercilene Cristiane.** Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. **Passagem de sonda enteral:** manual operacional Hospital de Misericórdia de Jahu. Botucatu;UNESP, 2018. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/04/PassagemSondaEnteral-1.pdf>>. Acesso em 23 out. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-36 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO

Consiste na administração de nutrientes necessários (água, eletrólitos, glicose, proteínas, sais minerais e vitaminas) para a sobrevivência por outras vias que não o trato gastrointestinal, ou seja, por via endovenosa (cateter venoso central), permitindo assim a manutenção da homeostase, já que as calorias e os aminoácidos necessários são supridos.

OBJETIVOS:

- Suprir as necessidades de nutrientes devido a perdas significativas ou incapacidade de manutenção do peso corpóreo, devido a traumas e cirurgias.
- Manter os controles bioquímicos, clínicos e antropométricos permitindo diminuir as complicações infecciosas, metabólicas ou de infusão

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. Preparar material para o médico realizar o acesso venoso central;
2. Bandeja de subclávia;
3. Pacote estéril para pequena cirurgia;
4. Cateter de subclávia;
5. Seringa de 20 ml;

6. Seringa de 10 ml;
7. Fio cirúrgico nylon 4-0;
8. PVPI tópico;
9. Lidocaína a 2% sem vasoconstritor;
10. Agulha 40x12;
11. Agulha 25x7 ou 30x8;
12. Luvas estéreis nº 7,5 ou 8,0;
13. Esparadrapo;
14. Soro fisiológico 0,9%;
15. Equipo de soro;
16. Equipo para infusão da nutrição parenteral;

PROCEDIMENTOS:

1. Ato médico a punção do acesso central;
2. Realizar curativo no local de inserção do cateter após a punção;
3. Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica;
4. Fazer programação da bomba de infusão para controle rigoroso do gotejamento;
5. A cada 06 horas verificar o controle da bomba de infusão;
6. A nutrição parenteral deve estar em temperatura ambiente antes de ser instalada
7. Checar horário no prontuário;
8. Registrar o início da infusão no prontuário (anotação de enfermagem).

CONSERVAÇÃO E INFUSÃO

1. Não adicionar outros elementos a infusão preparada;
2. Conservar as soluções preparadas para uso não imediato, em refrigeradores específicos a 4°C, protegidos da luz e identificados por composição, data e hora do preparo;
3. Garantir que a solução de NP, em temperatura ambiente, seja infundida dentro de 24 horas, e quando refrigerada, a solução deve ser administrada no máximo até 48 horas após a manipulação;
4. Retirar o frasco da solução preparada do refrigerador duas a três horas antes do horário previsto para instalação;
5. Observar transparência e homogeneidade da solução e presença de corpos

estranhos antes da instalação;

6. A nutrição deve ser infundida por bomba de infusão, com equipo apropriado e na temperatura ambiente;

7. Trocar o equipo a cada término da infusão da NPT;

8. Lavar as mãos antes e após manusear o cateter, o equipo e a solução;

9. Interromper a administração de NP se o paciente apresentar choque pirogênico, retirar a NP e o equipo.

COM O ACESSO VENOSO

1. Manter acesso venoso exclusivo para instalação da NP;

2. Realizar Raio X de Tórax para confirmação do posicionamento do cateter venosos central após sua inserção;

3. Realizar curativo do cateter venoso central com técnica asséptica diariamente.

RESPONSÁVEIS:

- Equipe de enfermagem.
- Enfermeiro é o responsável pelo curativo e instalação da NPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GONÇALVES RC et al. **Manual BRASPEN de Competências Relacionadas à Dispensação e à Administração de Nutrição Parenteral**. BRASPEN J. 2019; 34 (3): 217-232.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 277, de 16 de junho de 2003. **Dispõe sobre a ministração de Nutrição Parenteral e Enteral**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2772003_4313.html. Acesso em 20 nov. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 37 ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a aspiração de secreções existentes nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo.

OBJETIVOS:

1. Retirar as secreções das vias aéreas superiores mantendo a permeabilidade e o conforto respiratório do usuário.
2. Melhorar a respiração.
3. Evitar bronco aspiração.
4. Proporcionar uma ventilação eficaz.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

1. 01 par de luvas de procedimento;
2. 01 sonda de aspiração;
3. 01 máscara descartável padrão;
4. 01 aspirador;
5. 01 frasco coletor descartável;
6. 01 extensão de silicone (borracha) esterilizado para aspiração;

7. 01 óculo protetor;
8. 02 ampolas de (10ml) água destilada.

PROCEDIMENTOS:

1. Preparar o material;
2. Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
3. Lavar as mãos.
4. Checar o leito e o nome do cliente;
5. Identificar-se
6. Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
7. Posicionar o cliente (decúbito elevado);
8. Abrir o material a ser utilizado;
9. Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
10. Ligar o aspirador;
11. Colocar óculo protetor e máscara.
12. Calçar as luvas;
13. Com a mão dominante, segurar a face do cliente;
14. Pinçar o intermediário de silicone (borracha) de aspiração
15. Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando - estiver introduzida;
16. Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
17. Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada) e retirar lentamente com movimentos circulares;
18. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do cliente;
19. Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
20. Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
21. Desligar o aspirador;
22. Deixar o cliente confortável e com a campainha ao alcance;
23. Manter o ambiente limpo e em ordem;
24. Desprezar o material utilizado;
25. Lavar as mãos;
26. Realizar as anotações necessárias;
27. Checar a prescrição de enfermagem;

28. Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado;
29. A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
30. É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.

RESPONSÁVEIS: Enfermeiros^(a).

Recomendações

OBS: Os pacientes considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Os pacientes considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, **procedimento de Aspiração de Vias Aéreas**, Brasília-DF, 23 de agosto de 2017. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acessado em 12 jan. 2022.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio [et al.]. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LYNN, Pamela. Habilidades de enfermagem clínica de Taylor: **uma abordagem ao processo de enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SANTANA, Júlio César Batista [et al.]. **Procedimentos Básicos e Especializados de Enfermagem: Fundamentos Para a Prática**. Goiânia: AB Editora, 2011. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem, 2015.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-38 BANHO NO LEITO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Consiste na higienização de toda superfície corporal, com a paciente no leito, de forma a satisfazer as necessidades de higiene e conforto da paciente acamada.

OBJETIVOS:

- Higienizar a pele;
- Reduzir potencial de infecções;
- Estimular a circulação sanguínea, proporcionar atividade muscular e oportunizar observação da integridade da pele e estado do paciente;
- Proporcionar conforto físico e mental.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Jarra/ bacia;
- Sabonete (sabão líquido);
- Biombo;
- Compressas;
- Toalha;
- Hamper;
- Luva de procedimento;
- Camisola/pijama;
- Roupa de cama;

- Capote/ avental descartável.

PROCEDIMENTOS:

- Reunir o material;
- Fechar as portas e janelas e colocar o biombo para preservar a privacidade do paciente;
- Retirar as roupas do paciente e soltar a roupa de cama;
- Dispor da bacia/jarra com água morna;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Lavar, enxaguar e secar o rosto, orelha, cabelo e pescoço;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax e abdome, descendo o lençol em leque até a região pubiana;
- Lavar, enxaguar e secar o braço mais distante e após, o mais próximo;
- Lavar as mãos do paciente;
- Lavar, enxaguar e secar o tórax, abdome e as axilas;
- Lavar, enxaguar e secar os membros inferiores;
- Realizar a higiene íntima do paciente;
- Retirar a toalha e posicionar o paciente em decúbito lateral;
- Lavar, enxaguar e secar a região dorsal até a região glútea;
- Refazer a estética do leito;
- Realizar a higiene oral;
- Recolher o material e manter a unidade em ordem.

RECOMENDAÇÕES:

- Realizar avaliação física do paciente;
- Hidratar a pele do paciente;
- Cortar as unhas se necessário;

RESPONSÁVEIS:

Técnicos em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem ou Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POSSO, Maria Belén Salazar: **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 2v.

TIMBY, BK. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8ª. Ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

CATTAL, Cassia J.; SOUZA, Neracy F.. **Banho no leito**. In: CATTAL, Cassia J.; SOUZA, Neracy F.. **Protocolo de Enfermagem**. 1ed. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<file:///C:/Users/Casa/Downloads/popf%20n34-%20%20banho%20no%20leito%20(1).pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP-39	Versão	1.0 Fevereiro 2022
	MUDANÇA DE DECÚBITO	Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Ação preventiva de enfermagem da incidência de úlcera por pressão/escaras, nos pacientes hospitalizados, institucionalizados e também aquelas pessoas no âmbito domiciliar que tem dificuldade de se movimentarem. Além disso, a mudança de decúbito auxilia para o favorecimento do conforto e possível bem estar.

OBJETIVOS:

Evitar a formação de úlceras por pressão através da avaliação do risco do cliente e de ações preventivas relacionadas à pressão, fricção, cisalhamento e maceração em pacientes acamados.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Coxins;
Lençóis;
01 par de luvas de procedimento.

PROCEDIMENTOS:

Observar prescrição de enfermagem;

- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Fletir o membro inferior oposto do paciente ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto deverá colocar uma das mãos no ombro do cliente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do cliente deverá colocar o coxim, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando coxim entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Deixar o cliente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações do procedimento no prontuário.

RECOMENDAÇÕES:

- Qualquer indivíduo na cama deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente;
- Um horário prescrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e reposicionamento sistemático do indivíduo seja feito sem esquecimentos;
- Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo deve ser usado para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama, de acordo com um plano de cuidados por escrito;
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que

seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limite a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHAILDES, F.F; ALVES, M.C. **Assistência de Enfermagem Associada a Mudança de Decúbito em Pacientes Acamados**. Revista da Mostra de Iniciação Científica da ULBRA. Cachoeira do Sul, 2016.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento operacional padrão enfermagem 2012**. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 14 de out. 2015.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 40 HIGIENE ORAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

A higiene oral tem a finalidade de limpar a cavidade oral, incluindo língua e dentes, prevenir infecções ou combater infecções já instaladas e proporcionar conforto e bem estar ao paciente.

OBJETIVOS:

1. Reduzir significativamente a incidência de infecções respiratórias e a necessidade de antibióticos sistêmicos.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Bacia ou cuba rim;
Toalha de rosto;
Escova de dentes e creme dental ou bastões (espátulas);
Hidratantes/lubrificantes labiais ou ácido graxo essencial;
Luvas de procedimento;
Água corrente, detergente neutro;
Sugador,

PROCEDIMENTOS:

1. Preparar o material a ser utilizado;
2. Lave as mãos;
3. Orientar o paciente sobre o procedimento;
4. Posicionar o paciente com a cabeceira elevada e com a cabeça lateralizada;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Colocar a solução de clorexidina a 0,12% em dosador de 10 ml no copo descartável;
7. Em paciente consciente, escovar com escova dentária e creme dental os dentes no sentido póstero-anterior na arcada inferior e em seguida superior; prosseguir com a escovação das bochechas, palato e língua;
8. Aplicar a solução de clorexidina a 0,12% após 30 (trinta) minutos da escovação;
9. Em pacientes inconscientes, usam-se os bastões (espátulas) com gazes embebidas em solução de clorexidina a 0,12%;
10. Passar nos vestibulos e bochechas no sentido póstero-anterior;
11. Passar no palato;
12. Aplicar nas superfícies vestibulares, linguais, e oclusais do dente;
13. Aspirar à orofaringe durante o procedimento;
14. Organizar o ambiente após o procedimento;
15. Lavar as mãos;
16. Registrar no prontuário do paciente o procedimento e as alterações encontradas durante a realização do mesmo.

RECOMENDAÇÕES:

Pacientes independentes e semi-dependentes devem escovar os dentes com material próprio pela manhã e após as refeições.

RESPONSÁVEIS: Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em:
<http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 14 de julho de 2014.
 PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP - 41 LAVAGEM INTESTINAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

A lavagem intestinal consiste na introdução de uma sonda através do ânus, até que atinja a parte terminal do intestino grosso para instilação de certa quantidade de solução.

OBJETIVOS:

Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação intestinal e em alguns casos para o preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico, como exames contrastados, retossigmoidoscopia, colonoscopia e enema medicamentoso e preparar o intestino para cirurgias.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja ou cuba rim;
- Solução prescrita (água morna, glicerina, soro fisiológico 0,9%, SF 0,9% mais glicerina, fleet enema, dentre outros);

- Sonda retal de numeração adequada ao paciente (para adultos o tamanho da sonda é de 16 a 30 e para crianças de 6 a 16);
- Vaselina gel ou xilocaína gel;
- Gazes;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Luva de procedimento;
- Biombo;
- Lençol móvel e impermeável;
- Pinça para fechar o intermediário;
- Suporte para soro, se necessário.

PROCEDIMENTOS:

- Ler a prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
- Lavar as mãos;
- Separar a medicação, na quantidade (volume) prescrita;
- Levar o material na bandeja até ao leito do paciente;
- Informar ao paciente o procedimento que será realizado, assim como o objetivo de tal procedimento;
- Cercar a cama com biombos, proteger o colchão com impermeável e lençol móvel, acomodar a comadre próxima ao paciente;
- Calçar a luva de procedimentos;
- Pendurar o irrigador à altura de 40 a 50 cm acima do reto, para enema alto e 30 cm para enema baixo. Quando se utiliza enema pré-embalado, deve-se apertar lentamente o recipiente até que toda solução tenha sido instilada;
- Retirar ar do intermediário e da sonda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de Sims);
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com vaselina gel ou xilocaína gel;
- Entabrir as nádegas com papel higiênico;
- Orientar o cliente para respirar fundo e introduzir a sonda cerca de 7 a 10 cm no adulto e 5 cm em crianças;

- Abrir a pinça e permitir que a solução flua conforme prescrição médica;
- Pinçar o intermediário ao término da infusão;
- Encorajar o cliente a reter o enema por 10 minutos;
- Caso ocorram cólicas antes de fluir a maior parte da solução, pince o equipo ou abaixe o recipiente. Peça ao paciente que respire fundo e quando as cólicas cessarem recomece lentamente a administração;
- Após o término da infusão, retire a sonda;
- Proporcionar um fechamento mecânico, apertando suavemente as duas partes das nádegas de forma que a solução não retorne de imediato;
- Posicionar a comadre sob o paciente no decúbito dorsal;
- Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para o esvaziamento intestinal;
- Observar o resultado da lavagem;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Colocar novas luvas de procedimentos;
- Auxiliar na higiene íntima do paciente;
- Auxiliar o paciente a vestir-se;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Fazer registro do procedimento e do resultado do mesmo.

- **RECOMENDAÇÕES:**

- Não forçar a introdução da sonda, caso haja resistência retire-a e verifique se a mesma não estava dobrada ou se há fecalomas no trajeto ou troque-a por um número menor;
- Caso o líquido não corra, faça pequenos movimentos com a sonda ou substitua na presença de obstrução;
- Deve-se evitar soluções frias, pois provocam espasmos violentos da musculatura intestinal.

- **CONTRA-INDICAÇÃO**

- Lesões ou perfurações no cólon distal.
- Sangramento retal.
- Certas obstruções intestinais.
- Doenças inflamatórias agudas em cólon (diverticulite, apendicite, colite ulcerativa, Doença de Crohn, hemorróida). Cirurgia recente em cólon e em próstata.
- Enfermidades cardíacas e renais severas.
- Desidratação.
- Mielossupressão.
- Alergia conhecida aos componentes da fórmula.
- Resistência à introdução do cateter retal.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 470 p. ISBN 978-85-8271-571-0. VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas básicas de ENFERMAGEM**. São Paulo: Martinari, 2018. POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CIAMPO, I.R.L.D., SAWAMURA, R., SILVEIRA, E.A.A.B., FERNANDES, M.I.M. **Protocolo clínico e de regulação para constipação intestinal crônica na criança**. p.1251-61, 2017. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2016. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2819-5.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Realização de lavagem via colostomia pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-BA. Nº 013/2016, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Realização de fleet-enema pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-GO CTAP nº054/2015, 2015.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 42 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda na uretra a fim de drenar a urina da bexiga sendo removida após atingir sua finalidade.

OBJETIVOS:

Remover a urina acumulada.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Equipamento de proteção individual (gorro, luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril)
- Luva estéril
- Luva de procedimento
- Antisséptico adequado para sondagem vesical
- Xilocaína gel estéril
- Sonda vesical de alívio em calibre adequado para idade
- Pacote de cateterismo estéril (campo fenestrado, gaze estéril, cuba redonda)
- Cuba rim.

PROCEDIMENTOS:

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir o material e levar até o cliente.
3. Explicar o procedimento ao cliente.
4. Calçar luvas de procedimento.

5. Posicionar o cliente do sexo masculino em decúbito dorsal, (se mulher com as pernas flexionadas e afastadas, em posição ginecológica). 108
6. Visualizar o meato uretral.
7. Retirar as luvas de procedimento.
8. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível.
9. Abrir pacote de cateterismo, calçar luva estéril, dispor solução antisséptica em cuba redonda, montar trouxinhas de gazes.
10. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral.
11. Realizar a antisepsia do órgão genital e de toda região perineal conforme a técnica com o antisséptico adequado.
12. Lubrificar com xilocaína gel a sonda vesical de alívio.
13. Introduzir sonda em meato uretral.
14. Desprezar urina em cuba rim, quando a cuba estiver cheia, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com os dedos, repetindo quantas vezes for necessário.
15. Retirar a sonda quando parar de drenar urina, clampeando-a com a ponta de um dos dedos e puxando-a, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim.
16. Remover o antisséptico da pele do cliente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida.
17. Higienizar as mãos.
18. Auxiliar o cliente a vestir-se, deixando-a confortável.
19. Verificar o volume drenado.
20. Recolher o material, providenciando o descarte adequado.
21. Higienizar as mãos.
22. Registrar o procedimento atentando para as características e volume urinário.

RESPONSÁVEIS:Enfermeiro^(a)**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

FONSECA, L. M. M; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. (Orgs.). Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto, SP: USP/EERP, 2015. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/6Cateterismo.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. Manual de orientações: cateterismo vesical intermitente. Porto Alegre, 2020. (Educação em Saúde, v. 35). Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude/send/2-educacao-em-saude/59-pes035-cateterismo-vesica.l>. Acesso em: 12 ago. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 43 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma sonda ou cateter através da uretra na bexiga para remoção da urina. A sondagem vesical pode ser de alívio, quando há a retirada da sonda após o esvaziamento vesical; ou de demora quando há a necessidade de permanência da mesma.

OBJETIVOS:

Introduzir uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade Diagnóstica ou terapêutica.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição médica;
- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);
- Biombo;
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antisepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);
- Sonda de Foley de calibre adequado;
- Sistema fechado de drenagem urinária estéril;

- Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);
- Agulha para aspiração
- Seringa de 20ml sem luer lock;
- Lidocaína gel 2%;
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);
- Gaze estéril se necessário;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Materiais para higiene íntima se necessário (água, sabão, papel toalha e/ou compressa de pano ou gaze);
- Saco para lixo

PROCEDIMENTOS:

- Conferir a prescrição;
- Realizar higienização das mãos;
- Explicar ao usuário sobre o procedimento que será realizado;
- Reunir o material necessário na bandeja;
- Promover a privacidade do paciente, utilizando um biombo se necessário;
- Posicionar o paciente adequadamente:
 - - **Sexo feminino:** decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.
 - - **Sexo masculino:** decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente e abrir os materiais descartáveis e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
 - Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
 - Desprezar o primeiro jato, colocar solução de clorexidina aquosa 1% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
 - Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.
 - - **Sexo feminino:** colocar a solução sobre a gaze estéril.
 - - **Sexo masculino:** após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 10ml;
- Calçar luvas estéreis;
- Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar

as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, após o teste, aspirar a água e reservar a seringa com água no campo estéril;

- Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
- Realizar a antisepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:

SEXO MASCULINO: Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento; Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glândula. Repetir o procedimento três vezes ou quantas forem necessárias.

SEXO FEMININO: Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento; Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;

- Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
- Quando o paciente é do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação;
- Quando paciente é do sexo feminino, introduzir aproximadamente mais 10 centímetros;
- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
- Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino);
- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;

- Deixar o paciente confortável;
- Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;

RECOMENDAÇÕES:

- Procedimento deverá ser realizado através de prescrição médica;
- As amostras de urina para exames laboratoriais devem ser coletadas através do dispositivo próprio do tubo coletor do sistema de drenagem após desinfecção com álcool a 70% por punção com agulha fina e seringa estéril, e colocado em tubo próprio para ser encaminhada rapidamente para laboratório;
- O cateter e o sistema de drenagem devem ser trocados simultaneamente sempre que se fizer necessário, de acordo com as indicações citadas;
- Não existe recomendação de troca rotineira do cateter urinário, em alguma das situações, porém, a troca está recomendada, se ocorrer presença de grande quantidade de resíduo no sistema, obstrução do cateter ou tubo coletor, presença de incrustações na ponta do cateter, violação do sistema e/ou contaminação, mau funcionamento do cateter, urocultura positiva e/ou conforme orientação médica.
- Orientar o paciente ou responsável;
- Manter a sonda abaixo do nível da bexiga;
- Manter sistema de drenagem fechado;
- Manter fluxo urinário desobstruído;
- Manter o dreno de esvaziamento da bolsa coletora protegido e voltado para cima;
- Nunca encostar o frasco coletor no chão;
- Esvaziar bolsa coletora quando estiver cheia.

RESPONSÁVEIS

Enfermeiro^(a)

REFERÊNCIAS

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 450/2013. **Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem**. Brasília: 2013.

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

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 44	Versão	1.0
	CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA	Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997
DEFINIÇÃO:			
É o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade.			
OBJETIVOS:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar a contaminação de feridas limpas. 2. Facilitar a cicatrização. 3. Reduzir a infecção nas lesões contaminadas. 4. Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com os curativos compressivos. 5. Manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente. 			
CAMPO DE APLICAÇÃO			
Todos os setores de assistência direta.			
MATERIAL NECESSÁRIO:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Par de Luvas de procedimento; 2. 01 Par de Luvas estéril; 3. 01 frasco de Soro fisiológico a 0,9%; 4. 01 Pacote de curativo; 5. Esparadrapo ou micropore®; 6. 01 Atadura de Crepon (S/N); 7. Equipamento de Proteção Individual (EPI); 8. Saco plástico para resíduos infectantes. 			

PROCEDIMENTOS:

1. Lavar as mãos;
2. Comunicar o que vai ser realizado ao cliente;
3. Calçar luva de procedimento;
4. Retirar o curativo (anterior);
5. Lavar as mãos;
6. Colocar máscara;
7. Calçar luvas estéreis;
8. Abrir o pacote de curativo. Manipulação do pacote de curativo com técnica asséptica, incluindo a utilização de luvas;
9. Utilizar gaze com soro fisiológico a 0,9%;
10. Aplicar a gaze umedecida na ferida em um único sentido, repetindo por três vezes;
11. Secar ferida operatória quando utilizar soro fisiológico a 0,9%;
12. Retirar as luvas;
13. Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
14. Lavar as mãos;
15. Registrar o procedimento mencionando, o aspecto da ferida, secreção e odor.

RECOMENDAÇÕES:

1. A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore® ou esparadrapo (ou atadura de crepom), somente a critério médico;
2. Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;
3. Orientar o paciente a lavar o local com água corrente e sabonete neutro;
4. Após o banho, secar o local com toalha limpa, e sem fazer fricção ou pressão;
5. Utilizar roupas confortáveis evitando que haja pressão ou fricção sobre o local.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SÃO PAULO.** APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos.** APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.
- LOUREIRO, M. D. R. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento.** Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 45 LAVAGEM INTESTINAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

A lavagem intestinal consiste na introdução de uma sonda através do ânus, até que atinja a parte terminal do intestino grosso para instilação de certa quantidade de solução.

OBJETIVOS:

Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação intestinal e em alguns casos para o preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico, como exames contrastados, retossigmoidoscopia, colonoscopia e enema medicamentoso e preparar o intestino para cirurgias.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja ou cuba rim;
- Solução prescrita (água morna, glicerina, soro fisiológico 0,9%, SF 0,9% mais glicerina, fleet enema, dentre outros);
- Sonda retal de numeração adequada ao paciente (para adultos o tamanho da sonda é de 16 a 30 e para crianças de 6 a 16);

- Vaselina gel ou xilocaína gel;
- Gazes;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Luva de procedimento;
- Biombo;
- Lençol móvel e impermeável;
- Pinça para fechar o intermediário;
- Suporte para soro, se necessário.

PROCEDIMENTOS:

- Ler a prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
- Lavar as mãos;
- Separar a medicação, na quantidade (volume) prescrita;
- Levar o material na bandeja até ao leito do paciente;
- Informar ao paciente o procedimento que será realizado, assim como o objetivo de tal procedimento;
- Cercar a cama com biombos, proteger o colchão com impermeável e lençol móvel, acomodar a comadre próxima ao paciente;
- Calçar a luva de procedimentos;
- Pendurar o irrigador à altura de 40 a 50 cm acima do reto, para enema alto e 30 cm para enema baixo. Quando se utiliza enema pré-embalado, deve-se apertar lentamente o recipiente até que toda solução tenha sido instilada;
- Retirar ar do intermediário e da sonda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de Sims);
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com vaselina gel ou xilocaína gel;
- Entreabrir as nádegas com papel higiênico;
- Orientar o cliente para respirar fundo e introduzir a sonda cerca de 7 a 10 cm no adulto e 5 cm em crianças;
- Abrir a pinça e permitir que a solução flua conforme prescrição médica;
- Pinçar o intermediário ao término da infusão;

- Encorajar o cliente a reter o enema por 10 minutos;
- Caso ocorram cólicas antes de fluir a maior parte da solução, pince o equipo ou abaixe o recipiente. Peça ao paciente que respire fundo e quando as cólicas cessarem recomece lentamente a administração;
- Após o término da infusão, retire a sonda;
- Proporcionar um fechamento mecânico, apertando suavemente as duas partes das nádegas de forma que a solução não retorne de imediato;
- Posicionar a comadre sob o paciente no decúbito dorsal;
- Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para o esvaziamento intestinal;
- Observar o resultado da lavagem;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Colocar novas luvas de procedimentos;
- Auxiliar na higiene íntima do paciente;
- Auxiliar o paciente a vestir-se;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Fazer registro do procedimento e do resultado do mesmo.

- **RECOMENDAÇÕES:**

- Não forçar a introdução da sonda, caso haja resistência retire-a e verifique se a mesma não estava dobrada ou se há fecalomas no trajeto ou troque-a por um número menor;
- Caso o líquido não corra, faça pequenos movimentos com a sonda ou substitua na presença de obstrução;
- Deve-se evitar soluções frias, pois provocam espasmos violentos da musculatura intestinal.
- **CONTRA-INDICAÇÃO**
- Lesões ou perfurações no cólon distal.
- Sangramento retal.
- Certas obstruções intestinais.

- Doenças inflamatórias agudas em cólon (diverticulite, apendicite, colite ulcerativa, Doença de Crohn, hemorróida). Cirurgia recente em cólon e em próstata.
- Enfermidades cardíacas e renais severas.
- Desidratação.
- Mielossupressão.
- Alergia conhecida aos componentes da fórmula.
- Resistência à introdução do cateter retal.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 470 p. ISBN 978-85-8271-571-0. VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas básicas de ENFERMAGEM**. São Paulo: Martinari, 2018. POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CIAMPO, I.R.L.D., SAWAMURA, R., SILVEIRA, E.A.A.B., FERNANDES, M.I.M. **Protocolo clínico e de regulação para constipação intestinal crônica na criança**. p.1251-61, 2017. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN, 2016. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2819-5.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Realização de lavagem via colostomia pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-BA. Nº 013/2016, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Realização de fleet-enema pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-GO CTAP nº054/2015, 2015.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 46 LAVAGEM VESICAL	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

Instalação de solução estéril, com a função de retirar material acumulado da sonda vesical de demora, prevenindo a distensão da bexiga e na formação de urina estagnada.

OBJETIVOS:

- Manter a permeabilidade de cateteres urinários permanentes.
- Limpar o material acumulado (sangue, pus, secreção ou grumos) na sonda vesical de demora.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Seringa 60 ml urológica estéril;
- Frasco de água destilada 500ml;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Álcool a 70%.
- Bandeja para lavagem vesical.

PROCEDIMENTOS:

- Lavar as mãos e reunir o material;
- Levar o material até a unidade do paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial do sistema coletor de diurese, com álcool a 70%;
- Abrir a bandeja para lavagem vesical;
- Colocar água destilada na cuba rim estéril;
- Calçar luva estéril;
- Aspirar à água destilada da cuba rim com a seringa urológica 60 ml e retirar o ar;
- Desconectar a sonda do sistema coletor com a ajuda de uma segunda pessoa, que ficará segurando o sistema com cuidado para não contaminar;
- Introduzir a seringa na sonda e injetar a água destilada;
- Aspirar ao conteúdo injetado;
- Desprezar o conteúdo na outra cuba rim (não estéril);
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias até desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Retirar as luvas;
- Colocar a unidade em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para o expurgo;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente o resultado da lavagem.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmagnani MIS et al. **Procedimentos de Enfermagem-** guia Prático. Guanabara Koogan. RJ.2009.2.
Lynn P. **Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor.** Artmed. Porto Alegre. 2012.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 47 OXIGENOTERAPIA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
02 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	

DEFINIÇÃO:

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio a uma concentração maior do que a encontrada na atmosfera ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia. Como para qualquer tipo de droga, existem especificações para o tratamento, níveis da dosagem e métodos adequados de fornecimento.

São utilizados diferentes dispositivos de liberação de oxigênio, de acordo com a indicação terapêutica de cada paciente. São os seguintes dispositivos: Sistema de baixo fluxo (cateter nasal, cateter tipo óculos), sistema de alto fluxo (máscara não reinalante).

OBJETIVOS:

O objetivo da oxigenoterapia é fornecer oxigênio para o transporte adequado no sangue, enquanto diminui o trabalho respiratório, reduz o estresse sobre o miocárdio e melhora a perfusão tecidual.

Indicação para administração de oxigênio:

- ✓ Presença de sinais de hipoxemia e hipóxia tissular como os abaixo listados:
 - Mudança na frequência ou padrão respiratório, dispneia, taquipneia;
 - Saturação de O₂ reduzida (<90%) em ar ambiente;
 - Taquicardia;
 - Sinais de esforço respiratório: batimentos de asa do nariz (crianças); utilização da musculatura acessória; tiragem intercostal
 - Alterações na cor da pele: cianose; palidez
 - Agitação, ansiedade, desorientação.

- ✓ Quadros agudos de:
- Crise de asma brônquica; Fadiga respiratória; suspeita de choque

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Cateter nasal (tipo cânula ou óculos) de nº adequado; ou máscara não reinalante;
- Esparadrapo ou micropore®;
- Gaze;
- Extensor intermediário (traquéia corrugada, látex ou silicone macio) ;
- Oxigênio canalizado;
- Frasco umidificador 500ml;
- Fluxômetro regulador do fluxo de oxigênio;
- Água destilada;
- Luvas de procedimentos.

PROCEDIMENTOS:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada 30 a 45°);
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com 2/3 de sua capacidade;
 - Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxômetro e o extensor intermediário ao umidificador;
 - Adaptar o cateter nasal ao extensor intermediário sem retirá-lo totalmente da embalagem e testar o sistema para observar e corrigir escapes de oxigênio;
 - Remover a oleosidade da pele com a gaze e álcool a 70%, no local de fixação do esparadrapo, facilitando a aderência;
 - Medir a distância do cateter entre a asa do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
 - Colocar luva de procedimento;
 - Limpar as narinas caso seja necessário;
 - Lubrificar o cateter com água ou gel lubrificante;
 - Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente;
 - Fixar o cateter na parte externa do nariz ou face com esparadrapo ou micropore;
 - Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo prescrito;
 - Orientar o paciente para respirar de boca fechada, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado;
 - Deixar a unidade arrumada e o paciente confortável;
 - Retirar a luva de procedimento;
 - Lavar as mãos;
 - Anotar no plano terapêutico o procedimento.

DE OXIGÊNIO COM MÁSCARA FACIAL COM RESERVATÓRIO (MÁSCARA DE VENTURE)

Material

- Kit de venturi (Máscara facial, traquéia corrugada, extensão para conexão no fluxômetro, adaptador para umidificação/inalação, seis válvulas coloridas para diferentes concentrações de FiO₂.
 - Laranja, Rosa, Verde, Branca, Amarela e Azul);
 - Água destilada estéril;

- Rede de O₂ com fluxômetro;
- Umidificador com água.

Procedimento

- Reunir material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher a máscara de acordo com o tamanho do paciente, de modo que cubra a boca e nariz;

- Adaptar a máscara à extensão da borracha ligada ao umidificador;
- Ajustar o fluxo de oxigênio (3 a 5 litros) de acordo com a indicação;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento realizado;
- Ajustar a máscara à face do paciente, observando suas reações;
- Fixar a máscara com fita elástica;
- Observar as condições da pele no local onde a máscara está em contato;
- Observar as condições da pele no local onde a máscara está em contato;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento realizado.

Importante:

- Cuidados com o O₂ e com sua Administração
- Não administrá-lo sem o redutor de pressão e o fluxômetro;
- Colocar umidificador com água destilada ou esterilizada até o nível indicado;
- Controlar a quantidade de litros por minutos;
- Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento;
- Oferecer apoio psicológico ao paciente;
- Trocar diariamente a cânula, os umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos à umidade;
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto;
- Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia ao pacientes e acompanhantes e pedir para não fumar;
- Observar e palpar o epigástrio para constatar o aparecimento de distensão;
- Fazer revezamento das narinas a cada 8 horas (cateter);
- Avaliar com freqüência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada;
- Manter vias aéreas desobstruídas;
- Manter os torpedos de O₂ na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;
- Controlar sinais vitais.

MÁSCARA DE NÃO REINALAÇÃO:

Impede a reinalação através de válvulas unidirecionais. Durante a inspiração, uma leve pressão negativa, fecha as válvulas expiratórias, ao mesmo tempo que as válvulas inspiratórias se abrem mediante fluxo positivo de O₂.

MATERIAIS

- Bandeja;
- Fluxômetro;
- Umidificador;
- Água para o umidificador (aproximadamente 50 ml);

Tubo extensor;
 Água estéril;
 Luva de procedimento;
 Recipiente para material utilizado;
 Máscara de não reinalação ou máscara de reinalação parcial.

PROCEDIMENTOS:

1. Higienizar as mãos conforme técnica estabelecida na instituição;
2. Montar a bandeja com o material necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posiciona-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em Fowler;
5. Instalar fluxômetro na rede de oxigênio;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Limpar as narinas do paciente;
8. Abrir válvula de O₂ conforme prescrição médica;
9. Posicionar a máscara de não reinalação ou reinalação parcial de forma confortável no paciente.
10. Aplique a máscara sobre o nariz e aboca do paciente para formar uma vedação eficaz. Válvulas de máscara se fecham para que o ar exalado não entre na bolsa do reservatório.
11. Deixar paciente em posição confortável;
12. Retirar as luvas de procedimento;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar no prontuário do paciente

RECOMENDAÇÕES:

- No caso da COVID-19, as recomendações atuais de procedimentos exigem a restrição umidificação.
- Iniciar com cateter nasal de baixo fluxo, 1 L/min, podendo ofertar até 6 L/min;
- Reduzir fluxo de oxigênio caso SpO₂ acima de 94%;
- Caso seja necessário fluxo maior que 6 L/min para obter SpO₂ acima de 90%, utilizar máscara com reservatório não reinalante
- Máscara com reservatório não reinalante valores menores 10 L/min ser usados, mas com risco de reinalação de CO₂;

RESPONSÁVEIS:

Enfermeiro, Técnico e auxiliar de Enfermagem, Médico e Fisioterapeuta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Guia AMIB para Orientações no Manejo do Paciente com Insuficiência Respiratória por COVID-19**. 25 de março de 2021. Disponível em: <https://www.amib.org.br/covid-19/guia-amib-para-orientacoes-no-manejo-do-paciente-com-insuficiencia-respiratoria-por-covid-19/>. Acessado em: 02 de Abril de 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude-3>.

H, CHEEVER, K., BRUNNER, Sholtis, SUDDARTH, Smith. Brunner & Suddarth | **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 13ª edição. Guanabara Koogan, 10/2015. VitalBook file. OLIVEIRA, R. G. de Blackbook – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D' OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP- 48 NEBULIZAÇÃO	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Edson Guzanky Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

DEFINIÇÃO:

É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) para tratamento de afecções pulmonares por meio de dispositivos associadas ao O₂ ou ar comprimido que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

OBJETIVOS:

- Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos
- Umedecer para tratar ou evitar desidratação das mucosas
- Fluidificar para facilitar a remoção de secreções
- Administrar mucolíticos para obter atenuação ou resolução de espasmos
- Administrar corticoesteróides com ação anti-inflamatória e anti-exsudativa.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os setores de assistência direta.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Bandeja
Nebulizador
Kit de nebulização
Seringa de 10mL ou conta gotas
Medicamentos prescritos

Soro fisiológico 0,9%

PROCEDIMENTOS:

1. Ler a prescrição do cliente e orientá-lo.
2. Higienizar as mãos.
3. Separar o material a ser utilizado na bandeja.
4. Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica.
5. Instruir o cliente a limpar as vias aéreas antes do procedimento.
6. Colocar o cliente em posição sentada e confortável.
7. Conectar o kit ao nebulizador, ligar e verificar se há saída de névoa.
8. Entregar ao cliente a máscara de nebulização.
9. Verificar o posicionamento correto da cabeça e da máscara junto à face.
10. Orientar o cliente a inspirar profundamente e lentamente pelo nariz e expirar pela boca e permanecer com os olhos fechados enquanto durar a nebulização.
11. Manter o procedimento no tempo indicado.
12. Solicitar ao cliente a tossir, para expelir a secreção.
13. Higienizar as mãos.

PÓS – EXECUÇÃO

- Observar término de todo o líquido nebulizador.
- Avaliar as condições gerais do cliente.
- Desconectar a extensão do nebulizador e recolher o material utilizado.
- Realizar a desinfecção do kit de nebulização.
- Realizar higienização da bandeja e nebulizador com álcool a 70% após o uso.
- Higienizar as mãos.
- Checar prescrição médica e realizar anotação de enfermagem.

RECOMENDAÇÕES:

Alertar para alergias e não confundir a dose de cada medicamento, pois muitas vezes são associados na mesma nebulização.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MÁSCARA de oxigénio para nebulizador. Disponível em: <https://www.medicalshop.pt/mascara-de->

oxigenio-para-nebulizador--30-unidades- -mm0707002/p. Acesso em:11 ago. 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Pedro 115 Ernesto. **Procedimento Operacional Padrão:** POP CDC nº 005: Preparo e administração de medicação por via inalatória. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Procedimentos de Enfermagem:** POP FACENF nº 25: nebulização. Minas Gerais, 2019. Disponível em: https://www.ufff.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF_Nebuliza%c3%a7%c3%a3o-n.-252.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** assistência de enfermagem: cuidados com oxigenação por nebulização. Florianópolis: EBSERH; NEPEN/DE/HU, 2017. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/pops/pop_externo/download?id=185. Acesso em: 30 out. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Nebulização:** código DEN POP – 010/12. 2013. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/download-de_arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=223:pop-n10-nebulizacao&start=40. Acesso em: 30 out. 2021.

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA VERLY PINHEIRO SANTA LUZIA D´ OESTE – RONDÔNIA			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – 49 LIMPEZA E DESINFECÇÃO INTERNA DE AMBULÂNCIA	Versão	1.0 Fevereiro 2022
		Data de Aprovação	04/02/2022
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01 anos	Carlos Magno Nogueira Gerente de Enfermagem COREN-RO 378510	Mikline Nogueira de Assis Enfermeira COREN-RO 581227	Enfermeiro COREN-219.203 Flavia Patrícia da Silva Enfermeira COREN-RO 348.908 Suelen Araújo Leite Enfermeira COREN- 372.997

OBJETIVO:

Padronizar os procedimentos de limpeza e desinfecção do interior dos veículos de transporte do paciente (do tipo ambulância), equipamentos e outros, a fim de manter o ambiente livre de micro-organismos que possam causar infecções, bem como proporcionar sensação de bem estar, segurança e conforto ao paciente e aos profissionais.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Ambulância

MATERIAL NECESSÁRIO:

- EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) descartáveis: luvas, avental impermeável, bota, máscara;
- EPI's duráveis, de acordo com as circunstâncias de risco: óculos de proteção, botas emborrachadas e luvas de cano longo;
- Soluções: quaternário de amônio ou hipoclorito de sódio a 1%, álcool a 70%, água e detergente neutro;
- Materiais diversos: balde, rodo, panos para limpeza, flanelas, pá de lixo, saco para resíduo, esponja sintética;

PROCEDIMENTOS:**Limpeza Concorrente:**

- Deve ser realizada diariamente e /ou após cada paciente transportado.
- Reunir os materiais e produtos necessários no carro funcional, ao lado do veículo a ser limpo;
 - Higienizar as mãos;
- Utilizar os EPI's necessários e apropriados para a realização do procedimento de
- limpeza;
- Utilizar pano diferenciado para limpeza de mobiliário, piso, teto e laterais da
- ambulância;
- Havendo roupa suja, remover e colocar no hamper;
- Observar se há matéria orgânica em qualquer superfície do veículo. Havendo, removê-la com pano ou papel toalha ou ainda com o auxílio de rodo e pá e desprezar no saco de
- resíduo branco;
- Retirar a maca para facilitar a limpeza e desinfecção do veículo. (Se necessário)
- A maca deve ser higienizada a cada utilização.
- Proceder a técnica de desinfecção do colchão da maca com o álcool a 70%.
- Realizar a limpeza das superfícies utilizando pano com álcool no sentido
- Unidirecional.
- Proceder a técnica de desinfecção dos mobiliários com quaternário de amônio ou hipoclorito de sódio a 1%, este último, deixar agir por 10 minutos e enxaguar e das superfícies eletrônicas com o quaternário de amônia.
- Secar as superfícies;

Limpeza terminal

- Realizar com frequência quizenal ou quando necessário.
- A limpeza terminal do veículo deve ser realizada após cada atendimento de paciente em situações especiais, como o atendimento de pacientes em precauções específicas (contato, gotículas ou aérea), no caso da COVID – 19.

4.2.3. Na limpeza terminal, o veículo deve ser submetido à limpeza completa. Todos os equipamentos e artigos removíveis devem ser removidos, de forma que todas as superfícies, compartimentos, interiores dos armários, paredes, piso e teto possam ser limpos e desinfetados.

- A limpeza deve ser feita com água e sabão e posterior desinfecção com álcool a 70%, hipoclorito 1% ou quaternário de amônia. No piso os procedimentos de limpeza e desinfecção devem ser realizados com esfregões e nas demais superfícies devem ser utilizados panos descartáveis.
- A limpeza terminal de todas as superfícies internas da ambulância após a realização do atendimento, bem como a desinfecção e procedimentos de esterilização dos materiais devem seguir o Procedimento Operacional Padrão – POP utilizado na rotina do serviço.
- A limpeza e desinfecção devem ser realizadas imediatamente após a entrega do paciente com os EPI's utilizados durante o transporte pela equipe responsável pela condução do paciente, caso a gestão local não tenha equipe específica e paramentada para realizar a desinfecção. - É importante o uso dos EPI's (luvas de látex, avental impermeável, óculos e máscara ou protetor facial; bota de PVC cano longo) durante o processo de limpeza e desinfecção do veículo.
- Uma vez terminada a limpeza e desinfecção da ambulância a equipe deverá fazer a remoção dos EPI's de acordo com a técnica adequada. E logo após realizar higiene das mãos com água e sabonete líquido ou com álcool gel 70%

RECOMENDAÇÕES:

- Manter os materiais e equipamentos limpos, organizados e em condições de uso;
- O servidor do “Transporte” é responsável pelo encaminhamento do material utilizado na ambulância dos exames. Os materiais (traqueias, suportes de soro, bombas de infusão, etc) deverão ser encaminhados para a unidade de origem do paciente.

RESPONSÁVEIS:

Equipe de enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMED.Associação Brasileira de Medicina de Emergência; AMB. Associação Médica Brasileira; COFEN.

Conselho Federal de Enfermagem;COBEEM. Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência.

GUIMARÃES et al. Recomendações para prevenção e controle de exposição no atendimento a pacientes portadores de COVID-19 para profissionais do Atendimento Pré-hospitalar e transporte de pacientes, 2020.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfície. Brasília, 2012.