



DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS





ÍNDICE DO DIÁRIO

OUTROS

POP -



POP -



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP DE ENFERMAGEM

VERSÃO COMPLETA

CANUDOS – BAHIA
2021

0



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



HOSPITAL MUNICIPAL GENÁRIO RABELO DE ALCÂNTARA

AV. ENOCK CANÁRIO, S/N – CEP: 48520-000 – FONE: (75) 3494-2139
CNPJ 12.033.998/0001-00, CANUDOS – BAHIA

JILSON CARDOSO DE MACÊDO
Prefeito Municipal

WASHINTOM LUIZ FERREIRA ROCHA
Secretário Municipal de Saúde

MARIA DAS GRAÇAS ALVES DE MACÊDO
Diretora Administrativa

TIAGO CARDOSO PEIXINHO
Coordenador de enfermagem



APRESENTAÇÃO

O Procedimento Operacional Padrão – POP, trata-se da padronização das normas e rotinas assistenciais, administrativas e específicas da equipe de enfermagem que permitirá que todos os trabalhadores ofereçam cuidados padronizados para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos da profissão. Baseado em princípios científicos e legislação vigente, funcionará como um instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A implantação dos procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem em nossa unidade hospitalar tem de organizar as rotinas dos cuidados e dos atos de gestão do serviço de enfermagem, da equipe e da unidade hospitalar, a partir do conhecimento atual, respaldando em evidências científicas por profissionais de enfermagem experientes, e que servem para nortear fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos profissionais de enfermagem.

Contudo, compete ao enfermeiro, ao elaborar os POPs junto a sua equipe, implementar e controlar ações assistências de enfermagem permeado pela visão de integridade do paciente. Assim, os impressos dos procedimentos operacionais padrão – POP, têm a finalidade de elucidar dúvidas e nortear a execução das ações. Deverão ser atualizados sempre que necessário, de acordo com os princípios científicos, e deverão ser seguidos por todos da equipe de enfermagem.

A confecção desses POPs iniciou em 2018 pela enfermeira Bianca da Silva Lubarino, quando coordenadora de enfermagem, tendo em 2021 a implementação de novos procedimento e revisão dos já existentes pelo enfermeiro Tiago Cardoso Peixinho – coordenador de enfermagem. Sendo aprovados pela Direção Administrativa, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e profissionais de enfermagem do H.M.G.R.A.

Coordenação de Enfermagem



DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS

Edição 2.312 - Ano 19 - 19 de outubro de 2022 - Página 6



SUMÁRIO

SETORES COM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	6
POP ADMINISTRATIVO (CÓDIGO: POP.ADM.000).....	7
POP.ADM.001 ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE.....	7
POP.ADM.002 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	9
POP.ADM.003 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA.....	11
ANEXO A.....	14
POP.ADM.004 ENCAMINHAMENTO DO CORPO PÓS MORTE.....	15
POP.ADM.005 ORGANIZAÇÃO DA GELADEIRA.....	19
POP.ADM.006 ORGANIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA.....	21
POP.ADM.007 PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMEIROS.....	23
POP.ADM.008 PASSAGEM DE PLANTÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.....	25
POP.ADM.009 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	27
POP.ADM.010 RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	32
POP.ADM.011 RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO.....	35
POP.ADM.012 RECUSA DE PROCEDIMENTOS OU EVASÃO HOSPITALAR DE CLIENTES.....	37
POP.ADM.013 TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES.....	40
POP BIOSEGURANÇA (CÓDIGO: POP.BIO.000).....	43
POP.BIO.0001 BIOSSEGURANÇA ESPECÍFICA PARA INFLUENZA A/H1N1 / COVID-19.....	43
POP.BIO.0002 CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL E CREME APÓS ABERTURA.....	45
POP.BIO.0003 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EPI.....	47
POP.BIO.0004 USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI.....	52
POP CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CÓDIGO: POP.CME.000).....	54
POP.CME.001 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS NÃO-CRÍTICOS.....	54
POP.CME.002 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRÍTICOS.....	56
POP.CME.003 ESTERILIZAÇÃO POR AUTOCLAVE.....	58
POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO.....	60
POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO E SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS.....	66
POP.CME.006 MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO.....	71
POP HIGIENE (CÓDIGO: POP.HIG.000).....	75
POP.HIG.001 ANTROPOMETRIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.....	75
POP.HIG.002 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O BANHO DO RN NA CLÍNICA OBSTÉTRICA.....	79
POP.HIG.003 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O COTO UMBILICAL DO RN NA CO.....	82
POP.HIG.004 HIGIENE DE PACIENTE RESTRITO AO LEITO.....	84
POP.HIG.005 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCÓOLICA.....	90
POP.HIG.006 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO E ÁGUA.....	92
POP.HIG.007 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO.....	94
POP.HIG.008 LIMPEZA DA GELADEIRA.....	96
POP.HIG.009 ORIENTAÇÕES BÁSICAS DA HIGIENE PESSOAL PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	99
POP.HIG.010 TROCA DE FRALDA.....	101
POP MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES (CÓDIGO: POP.MON.000).....	104
POP.MON.001 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR.....	104
POP.MON.002 MONITORIZAÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO COM OXÍMETRO DE PULSO.....	107
POP.MON.003 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA / MONITORIZAÇÃO CARDÍACA.....	109
POP.MON.004 VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	114
POP.MON.005 VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	116
POP.MON.006 VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR.....	120
POP.MON.007 VERIFICAÇÃO DO PULSO OU FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	123
POP PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM (CÓDIGO: POP.PEQ.000).....	126
POP.PEQ.001 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR VIA ENTERAL.....	126
POP.PEQ.002 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.....	129



POP.PEQ.003 ADMINISTRAÇÃO DE MED. POR INALADOR DOSIMETRADO C/ ESPAÇADOR.....	132
POP.PEQ.004 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR NEBULIZAÇÃO.....	134
POP.PEQ.005 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR.....	137
POP.PEQ.006 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA OU INTRAVENOSA.....	139
POP.PEQ.007 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA.....	143
POP.PEQ.008 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR.....	145
POP.PEQ.009 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR.....	150
POP.PEQ.010 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL E SUBLINGUAL.....	152
POP.PEQ.011 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL.....	155
POP.PEQ.012 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA.....	158
POP.PEQ.013 ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS.....	161
POP.PEQ.014 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO.....	164
POP.PEQ.015 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.....	167
POP.PEQ.016 CURATIVOS E TRATAMENTO DE FERIDAS.....	170
POP.PEQ.017 IRRIGAÇÃO VESICAL DE MOMENTO E CONTÍNUA.....	177
POP.PEQ.018 MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE.....	179
POP.PEQ.019 OXIGENOTERAPIA.....	182
POP.PEQ.020 POSIÇÕES TERAPÊUTICAS E MUDANÇA DE DECÚBITO.....	186
POP.PEQ.021 RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS.....	193
POP PROCEDIMENTOS PRIVATIVOS DE ENFERMEIROS (CÓDIGO: POP.PEN.000).....	196
POP.PEN.001 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE PACIENTE INTUBADO E TRAQUEOSTOMIZADO	196
POP.PEN.002 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	199
POP.PEN.003 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	202
POP.PEN.004 LAVAGEM GÁSTRICA OU APLICAÇÃO DE CARVÃO ATIVADO.....	206
POP.PEN.005 REALIZAÇÃO DE EXAME ATRAVÉS DE TESTE RÁPIDO.....	208
POP.PEN.006 SONDAGEM NASO/OROENTERAL.....	211
POP.PEN.007 SONDAGEM NASO/OROGÁSTRICA.....	215
APROVAÇÃO.....	219



SETORES COM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

- Triagem e Classificação de risco;
- Pronto atendimento;
- Sala de estabilização;
- Sala de Eletrocardiograma;
- Setores de internação;
- Isolamento respiratório;
- Central de material e esterilização (CME);
- Centro de Parto Normal (CPN);
- Centro Cirúrgico;
- Sala de termolábeis.



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	CÓDIGO: POP.ADM.001	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Auxiliares ou Técnicos de enfermagem e Médicos.			
PERIODICIDADE Após autorização de alta dada pelo profissional médico.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Procedimento de liberação ou encaminhamento do paciente através do médico após melhora clínica.			
OBJETIVO Orientar o usuário a fim de que ele continue o tratamento proposto administrando os medicamentos, conforme prescrição médica, corretamente em sua residência e procure novamente o serviço em caso de intercorrências, otimizando a alta do paciente até sua saída da Instituição.			
Condições necessárias: - Prontuário completo (Registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de enfermagem, Plano de cuidados de enfermagem, Termo de internamento); - Resumo de Alta com todas as informações pertinentes (Se realizado pelo médico);			
Descrição do procedimento: - Confirmar a Alta com o Médico responsável e se já registrado evolução de alta Hospitalar em prontuário; - Comunicar ao paciente e ao acompanhante sobre sua Alta; - Comunicar a técnica de enfermagem responsável, e ao setor de nutrição para suspender entrega de dieta; - Orientar a respeito dos curativos, medicações, cuidados com drenos e/ou sondas, caso tenha alta portando esses dispositivos; - Registrar a alta do paciente no livro de registro de prontuários; - Registrar no Livro de registro de Enfermagem.			
Em caso de anormalidade: - Se após a autorização de alta Médica o paciente apresentar alguma intercorrência, o Enfermeiro deve comunicar ao Médico responsável para que seja suspensa a alta.			
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno. 2 - BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virgínia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(7): 1439-1454, jul/2014. 3 - Preparação para Alta Hospitalar - Protocolo Gerenciado - IAM c/ supra ST Unidade Morumbi – Albert Einstein – Hospital Israelita: Revisão Dez/2010.			



4 - Papel do Assistente Social. V JORNADAS DE SAÚDE MENTAL NO IDOSO 14 e 15 de março de 2006. Carla Marvão - Hospital de S. João.

5 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Manual de Planejamento e Gestão de Altas. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. Setembro 2009.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: POP.ADM.002	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Procedimento de registro das ações realizadas da equipe de enfermagem.			
OBJETIVO Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.			
NORMAS Material - Prontuário ou ficha de atendimento; - Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta e vermelha durante o plantão noturno; - Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe). Procedimento - Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem); - Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros; - Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação; - Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura; - Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco; - O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página; - Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.); - A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro; - Conter apenas abreviaturas previstas em literatura; - Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição. Observação			



- Os registros de vacinas, imunoglobulina anti-D e temperatura das geladeiras devem ser primeiramente registradas em impressos próprios;
- O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra "digo", entre vírgulas;
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, 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;
- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;
- 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 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);
- Dar o direito ao paciente ou responsável acesso as essas informações.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - 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.

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

4 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Campinas. Guia de Acolhimento de Novos Profissionais. Campinas/ SP. Versão Agosto/2011.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário

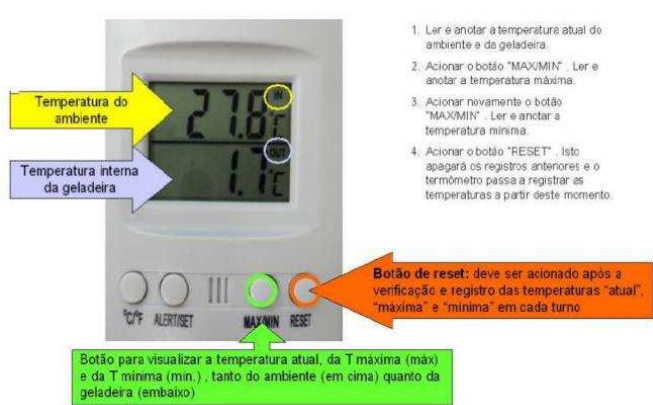
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CONTROLE DA TEMPERATURA DA GELADEIRA	CÓDIGO: POP.ADM.003	PÁGINA: 1 - 3
COMPETÊNCIA Responsável Técnico (RT) de Enfermagem, Enfermeiro da triagem e classificação de risco ou enfermeiro plantonista.			
PERIODICIDADE Diariamente no final de cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite).			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a ação de anotar a temperatura da geladeira em horários específicos.			
OBJETIVO Assegurar a manutenção da temperatura recomendada para garantir a conservação de imunobiológicos, soros, medicamentos termolábeis, a fim de prevenir os eventos adversos relacionados à assistência.			
NORMAS - A geladeira deverá ser mantida em local arejado e afastado da incidência de luz solar direta ou outra fonte de calor e da parede cerca de 20 cm. - A equipe de enfermagem deverá verificar a existência de acúmulo de gelo no interior da geladeira (camada superior a 0,5 cm), se isso ocorrer transferir os medicamentos para caixa térmica em temperatura entre +2°C e +8°C ou para outro refrigerador e proceder ao degelo e limpeza. - O degelo deverá ser realizado a cada 15 dias, mesmo quando a camada de gelo estiver inferior a 0,5 cm (Ver ROP Limpeza da Geladeira de Medicamentos). - A temperatura da geladeira de medicamentos deverá permanecer entre dois e oito graus centígrados positivos (+2° a +8°C). - A temperatura da geladeira de medicamentos deverá ser mensurada por meio da utilização de <i>Termômetro Digital de Máxima e Mínima</i> fixado na parte externa, no início de cada turno.  1. Ler e anotar a temperatura atual de ambiente e da geladeira. 2. Acionar o botão "MAX/MIN". Ler e anotar a temperatura máxima. 3. Acionar novamente o botão "MAX/MIN". Ler e anotar a temperatura mínima. 4. Acionar o botão "RESET". Isto apagará os registros anteriores e o termômetro passa a registrar as temperaturas a partir deste momento.			

Figura 1: Termômetro Digital - Procedimento Operacional Padrão – HCC, 2015

- O *Termômetro Digital de Máxima e Mínima* é composto por um cabo extensor que deverá ser introduzido no interior da geladeira pelo lado de fixação das dobradiças da porta com o posicionamento de seu sensor (bulbo) verticalmente na parte central da segunda prateleira.



- Evitar que o termômetro possa ser submetido a quedas ou impactos.

O *Termômetro Digital de Máxima e Mínima* possui as seguintes funções:

- O botão reset deverá ser pressionado quando for necessário apagar a memória do termômetro. Deverá ser usado assim que ligar o termômetro e aguardar cinco (5) segundos para a exposição das temperaturas interna e externa.
- O botão C/F quando pressionado deverá mostrar se a temperatura está em Celsius ou Fahrenheit.
- O botão de máximo-mínima (Máx/Mín) deverá ser usado para consultar a maior e menor temperatura na memória, além da temperatura atual. Caso for pressionado por dois (2) segundos a memória se apagará.
- O termômetro deverá ser desinfetado com uma compressa embebida em pequena quantidade de álcool 70% e friccionar três vezes em toda superfície e extensão do cabo, inclusive no sensor (bulbo) e deixar secar espontaneamente, todas as vezes que realizar a limpeza da geladeira a cada 15 dias.
- A borracha da porta da geladeira deverá ser verificada se está com vedação adequada, frequentemente.
- O gelo reutilizável rígido deverá ser colocado no congelador na posição vertical, pois servem para manter a temperatura baixa em caso de defeito e falta de energia.

AGENTE	AÇÃO	NÃO CONFORMIDADE
RT de enfermagem, enfermeiro da unidade, técnico ou auxiliar de enfermagem.	Realizar a leitura da temperatura mínima, máxima e atual indicada.	Se apresentar valores inferiores a +2°C e superiores a +8°C, a temperatura deverá ser verificada novamente após duas horas, e se continuar fora da faixa ideal, o enfermeiro deverá comunicar a Coord. VIEP.
	Registrar em impresso próprio (ANEXO A) os resultados da leitura acompanhada de data, horário e assinatura do primeiro nome legível.	
	“Resetar” o termômetro.	
	Aguardar por 5 minutos sem que ocorra a abertura da porta da geladeira.	
	Identificar os fatores contribuintes ao erro e ao evento adverso.	Se identificado, tomar ações preventivas e propor educação em serviço. Notificar a Coord. VIEP as não conformidades relacionadas ao processo



		de controle de temperatura de geladeira de medicamentos.
RT de Enfermagem	Supervisionar o cumprimento da rotina.	
	Providenciar ficha de registro e controle da temperatura da geladeira (ANEXO A)	
	Realizar escala, destinando funcionário para verificar a temperatura da geladeira, a cada turno.	
FUNDAMENTAÇÃO 1 - Regulamento interno; 2 - Rotina Operacional Padrão (ROP). Controle da Temperatura da Geladeira. ROP: ENF-REG/01. Revisões: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2017.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
02/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.



DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS

Edição 2.312 - Ano 19 - 19 de outubro de 2022 - Página 17

ANEXO A

ANO	MÊS
SETOR	

FICHA PARA CONTROLE – TERMÔMETRO DE MÁXIMA E MÍNIMA

DIA	MATUTINO					VERPERTINO					NOTURNO				
	HORA	MAX	MIN	ATUAL	SUBRICA	HORA	MAX	MIN	ATUAL	SUBRICA	HORA	MAX	MIN	ATUAL	SUBRICA
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

F A L H A	DATA E HORA DA FALHA
	TEMPERATURA AO ENCONTRAR A FALHA
	DESCRIÇÃO:
F A L H A	DATA E HORA DA FALHA
	TEMPERATURA AO ENCONTRAR A FALHA
	DESCRIÇÃO:



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.ADM.004	PÁGINA: 1 - 4
	ENCAMINHAMENTO DO CORPO PÓS MORTE. CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Equipe de enfermagem e maqueiro.			
PERIODICIDADE Sempre que houver óbito.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o preparo do corpo pós morte para ser encaminhado para o processo fúnebre com humanização e respeito religioso.			
OBJETIVO Encaminhar cadáver para necrotério.			
NORMAS Material - Luvas de procedimento; - Avental; - Máscaras e óculos; - Saco de óbito; - Impresso de Identificação de cadáveres; - Maca; - Lençóis; - Algodão; - Gazes; - SF 0,9%. Descrição do procedimento - Após a constatação médica realizar os devidos encaminhamentos: MORTE NATURAL (CAUSA CONHECIDA) - Médico comunica o óbito para a família e solicita documento de identificação do cadáver; - Médico preenche a Declaração de Óbito; - Enfermagem realiza o tamponamento, preparo do corpo e identificação encaminha para a conservadora ou área de guarda de corpos; - A identificação deve ser colocada no pé e corpo e não na porta da conservadora; - Enfermeiro orienta os familiares para registrar os dados finais na declaração de óbito no serviço de registro do paciente;			



- Enfermeiro orienta os familiares a registrar o óbito no Cartório de Registro Civil do município e providenciar a funerária;
- Enfermagem entrega o cadáver para a funerária mediante a entrega da Declaração de óbito;
- Equipe de enfermagem retira os pertences do paciente as roupas de cama, outros materiais e equipamentos do box/leito, higieniza as bombas infusoras, a régua de gases, o ventilador mecânico, os cabos e monitor multiparâmetros;
- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão.

MORTE CAUSA DESCONHECIDA

- Médico comunica o óbito para a família e solicita documento de identificação do cadáver;
- Se não tiver história de morte violenta, o médico preenche a Declaração de Óbito, porém o médico pode optar em encaminhar o corpo ao IML ou SVO (Serviço de Verificação de Óbito) se houverem disponíveis para estes casos;
- Enfermagem realiza o tamponamento, preparo do corpo e identificação encaminha para a conservadora ou área de guarda de corpos;
- A identificação deve ser colocada no pé e corpo e não na porta da conservadora;
- Enfermeiro orienta os familiares para registrar os dados finais na declaração de óbito no serviço de registro do paciente;
- Enfermeiro orienta os familiares a registrar o óbito no Cartório de Registro Civil do município e providenciar a funerária;
- Enfermagem entrega o cadáver para a funerária mediante a entrega da Declaração de óbito;
- Equipe de enfermagem retira os pertences do paciente as roupas de cama, outros materiais e equipamentos do box/leito, higieniza as bombas infusoras, a régua de gases, o ventilador mecânico, os cabos e monitor multiparâmetros;
- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão.

MORTE CAUSA AGRESSIVA/VIOLENTA

- Médico comunica o óbito para a família e solicita documento de identificação do cadáver;
- Médico emite um Relatório de Óbito;
- Enfermeiro deve comunicar o óbito para Polícia Civil, para que a mesma acione o Instituto Médico Legal (IML) necropsia;
- Enfermagem realiza o mínimo de preparo do corpo, identifica e encaminha para a conservadora ou área de guarda de corpos. NÃO SE DEVE TAMPONAR;
- Enfermeiro orienta os familiares para realizar um Boletim de Ocorrência (Cadavérico) próximo ao local de residência ou do fato de ocorrência;
- Enfermagem entrega o cadáver e o Relatório de Óbito para o IML;
- Equipe de enfermagem retira os pertences do paciente as roupas de cama, outros materiais e equipamentos do box, higieniza as bombas infusoras, a régua de gases, o ventilador mecânico, os cabos e monitor multiparâmetros;
- Enfermeiro solicita desinfecção terminal do leito e após disponibiliza para nova admissão.

MORTE POR SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA

- Devem estar presentes no quarto ou qualquer outra área, apenas os profissionais estritamente Necessários;
- Utilizar todos os EPIs recomendados para os cuidados de pacientes nessas condições;
- Se for necessário realizar procedimentos que gerem aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, será necessário usar a N95, PFF2 ou equivalente, além do protetor da face;



- Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido à possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material e roupa deve ser feito imediatamente e em local adequado;
 - Higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável;
 - Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas;
 - Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais;
 - Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável. Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles;
 - Quando houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção;
 - Sugere-se, ainda, que, a depender da estrutura existente, o reconhecimento do corpo possa ser por meio de fotografias, evitando contato ou exposição;
 - Durante a embalagem no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos;
 - Preferencialmente, identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica;
 - Caso o obituado não tenha documentação, deve-se descrever no prontuário dados acerca de todos os sinais externos, vestimenta e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo;
 - NÃO é recomendada a realização de tanatopraxia (formolização e embalsamamento);
 - Acondicionar o corpo em dois sacos impermeáveis próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos);
- O saco deve ser desinfetado externamente com álcool a 70% ou solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regulamentado pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), compatível com o material do saco;
- Colocar etiqueta com identificação do falecido e informação relativa ao risco biológico de contaminação pelo Coronavírus;
 - Recomenda-se usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim. Antes e após o uso desinfetá-la com álcool a 70%, ou solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regulamentado pela ANVISA;
 - Encaminhar o corpo ao necrotério;
 - O enfermeiro deverá comunicar aos familiares e ao serviço hospitalar que não deverá ser realizado velório;
 - Higienizar as mãos antes e após o preparo do corpo, com água e sabão.

Observações

Riscos: Encaminhamentos equivocados;

Sempre usar EPIs identificados acima;

Realizar os registros necessários após os procedimentos;

Manter o local em ordem;

Se possível, manter os familiares próximo ao paciente em momento de falecimento, oferecendo o suporte necessário;

Caso o paciente não tenha familiares ou conhecidos os encaminhamentos são realizados pelo Serviço Social;

O IML fará a emissão da Declaração de Óbito em caso de morte agressiva ou violenta.

FUNDAMENTAÇÃO



1 – Regulamento interno. 2 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019. 3 - Informe Técnico NMCIH/DVE/COVISA 55/2020 de 17/03/2020. São Paulo-SP. 4 - Nota Técnica DIVEP SESAB Coronavirus (COVID-19) Nº 02 de 12/03/2020. 5 - Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 atualizada em 21/03/2020. 6 - Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID19 Versão 1, publicada em 25/03/2020.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ORGANIZAÇÃO DA GELADEIRA	CÓDIGO: POP.ADM.005	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 02/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Manter sempre organizado.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de organizar os insumos de forma correta entre prateleiras dentro da geladeira.			
OBJETIVO Manter a geladeira organizada, na temperatura ideal, sem prejuízo da conservação e armazenamento de imunobiológicos, soros, medicamentos termolábeis em locais específicos, a fim de prevenir/reduzir eventos adversos relacionados à assistência.			
NORMAS Descrição do procedimento GELADEIRA 1 (EXCLUSIVA PARA IMUNOBIOLOGICOS E SEUS DILUENTES) - Coloque o equipamento perfeitamente nivelado e longe da incidência de luz solar direta ou de qualquer outra fonte de calor; - Use tomada exclusiva para o refrigerador; - Instale o termômetro digital de cabo extensor, posicionando o sensor no ponto mais central da câmara interna sem contato com os produtos ou as partes do equipamento. Não coloque o sensor dentro de frascos; - Ajuste o termostato de modo a encontrar o ponto que vai permitir a manutenção da temperatura do refrigerador entre +2°C e +8°C, sendo o ideal +5°C, para que o equipamento permaneça dentro das condições preconizadas de temperatura em caso de oscilações da corrente elétrica. Depois de ajustado, o termostato não deve ser manipulado, nem mesmo durante a limpeza do refrigerador; - Fixe no refrigerador o mapa de registro diário para controle da temperatura e realize sistematicamente a leitura da temperatura no início e no final da jornada de trabalho, registrando-a diariamente no mapa; - Não acondicione imunobiológicos na 1ª prateleira nem no compartimento inferior (gaveta) desses equipamentos; - Coloque garrafas preenchidas com água misturada a um corante (azul de metileno, anil, violeta de genciana) na gaveta da parte de baixo do refrigerador, ocupando todo o espaço. As garrafas devem ser dispostas de maneira a permitir a circulação do ar frio entre elas. Não substitua as garrafas por bobinas reutilizáveis; - Colocar bobinas reutilizáveis "gelox" no congelador, na posição vertical até preencher os espaços, deixando uma folga para facilitar a retirada posteriormente; - Nunca colocar outros medicamentos, coletas de sangue, alimentos, etc, nesta geladeira. GELADEIRA 2 (PARA INSULINAS E DEMAIS MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS) - Idem as orientações geladeira 1. Observação:			



- Não acondicionar medicamentos e insulinas na primeira gaveta e nem da porta, mesmo após abertas; - No caso da segunda geladeira for um frigobar, utilizar o compartimento do centro como segunda e terceira prateleiras. Assim como, colocar uma quantidade menor de garrafas com água e corante no último compartimento.		
FUNDAMENTAÇÃO 1 - Regulamento interno; 2 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação – Brasília-DF, 2014.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
02/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ORGANIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA	CÓDIGO: POP.ADM.006	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Equipe de enfermagem, equipe da farmácia e enfermeiro RT.			
PERIODICIDADE Sempre que utilizar ou após vencimento de materiais e medicamentos.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO O carrinho de emergência é uma estrutura móvel, constituído por gavetas abastecidas com materiais, medicamentos e equipamento necessários para o atendimento do paciente em situação de urgências e emergências. Sua organização e controle é de extrema importância, podendo influenciar diretamente na assistência prestada.			
OBJETIVO Padronizar rotinas de organização, checagem e reposição do carrinho de emergência; Orientar as equipes sobre o controle de estoque; Assegurar disponibilidade adequada dos materiais e medicamentos padronizados; Controlar consumo dos materiais e medicamentos utilizados nos atendimentos; Fiscalizar o uso de substâncias de controle especial (Portaria nº 344/98); Dar uma assistência rápida e segura ao paciente grave.			
NORMAS Material - Carrinho de emergência; - Pasta de controle de materiais e medicamentos do carrinho de emergência (Check-list); - Lacres de segurança numerado. Descrição do procedimento - Os medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências, retirados do carrinho de emergência deverão ser registrado “Nota de débito de medicamentos e insumos do carrinho de emergência (disponível na pasta sob o carrinho) pelo profissional responsável e encaminhado à farmácia para posterior reposição. Caso seja medicamento sob controle especial, a nota de débito deverá ser assinada e carimbada pelo médico; - A reposição do carrinho será de responsabilidade da farmácia do hospital, de acordo com os itens solicitados. O ato deve ser acompanhado pelo enfermeiro do setor; - Em caso de avarias: solicitar substituição à farmácia com o motivo justificado na “Nota de débito de medicamentos e materiais do carrinho de emergência. Caso seja medicamento sob controle especial, a mesma deverá ser assinada e carimbada pelo médico; - Após abertura e utilização dos itens, o carrinho deverá ser novamente lacrado, sob responsabilidade do enfermeiro do setor; - O rompimento do lacre do carrinho e sua consequente abertura deverá ser protocolada em ficha específica disponível em uma pasta na parte externa superior. No protocolo será necessário informar o número do lacre rompido, data, motivo de abertura e assinatura do profissional responsável;			



- Os lacres deverão ser conferidos diariamente, para verificação da abertura do carrinho e prevenção de eventuais desabastecimentos dos itens necessários;
- No penúltimo dia do mês será realizado um inventário do estoque total. Serão analisadas as condições de acondicionamento, qualidade e validade dos itens constituintes e assim, possíveis substituições e adequações;
- A organização dos medicamentos e materiais deverão seguir a lista impressa, deixando separados por tipo de procedimentos.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 – POP – Procedimento Operacional Padrão. Rotina Operacional para Controle de Estoque do Carrinho de Parada. Hospital Municipal Doutor Jair Braga. Código PRO.01. Versão 1. Uauá-BA. 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMEIROS	CÓDIGO: POP.ADM.007	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Diariamente; Troca de plantão de 24h às 07:00h; Troca de plantão de 12h às 07:00h e às 19:00h.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o procedimento de passar informações sobre pacientes e rotinas após mudança de turno.			
OBJETIVO Assegurar a continuidade de assistência do paciente e pendências relativas ao gerenciamento dos casos sob a sua responsabilidade.			
NORMAS Descrição do procedimento - Chegar pontualmente ao setor para receber o plantão (07:00h ou às 19:00h); - O tempo máximo de passagem de plantão não deve exceder 15 minutos; - Esta conformidade com o Uniforme (jaleco, sapatos fechados e calça) seguindo normas NR-32; - Passar Plantão leito a leito de cada paciente para facilitar observação e compreensão das informações fornecidas: intercorrências, exames pendentes, preparo para exames, avaliações; - Informar sobre o estado geral de cada paciente, enfatizando SSVV, vias venosas, uso de sondagens, feridas e curativos, drenos, eliminações fisiológicas e comorbidades; - Relatar intercorrências do paciente e do setor; - Chegar se o paciente está devidamente preparado para realizar procedimentos e exames; - Informar sobre exames realizados e pendentes de cada paciente e se é necessário fazer o preparo dos mesmos; - Conferir o setor em geral, equipamentos – estetoscópio, glicosímetro, esfigmomanômetro, termômetro, bem como aparelhagem específicas por setor, observar se escala está completa de funcionários, pendências de medicamentos e de nutrição; - Relatar não conformidade do Plantão; - Utilizar mapa de pacientes impressa.			
Observação - No caso do não comparecimento do rendeiro para a troca do plantão, a Coordenação de Enfermagem, deverá ser informada para decisão de Dobra ou remanejamento.			
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno.			



2 - ZARPELON, Andrea. Rotinas de Passagem de Plantão: Unidades de Internação. Procedimento Operacional Padrão / Hospital Cristo Redentor. Março 2013.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP PASSAGEM DE PLANTÃO DE TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: POP.ADM.008	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Diariamente; Troca de plantão de 24h às 07:00h. Troca de plantão de 12h ou mudança de setor às 07:00h e às 19:00h.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o procedimento de passar informações sobre pacientes e rotinas após mudança de turno.			
OBJETIVO Transmitir informações sobre a queixa clínica e estado geral do paciente, exames realizados e ainda pendentes, sendo assim continuidade da assistência.			
NORMAS Descrição do procedimento - Chegar pontualmente ao setor para receber o plantão (07:00h ou as 19:00); - O tempo máximo de passagem de plantão não deve exceder 15 minutos; - Esta conformidade com o Uniforme (jaleco, sapatos fechados e calça) seguindo normas NR-32; - Passar o plantão leito a leito de cada paciente se apresentando – nome e função, com a respectiva prescrição em mãos, para facilitar observações e compreensão das informações fornecidas; - Informar o motivo da internação e falar sobre o estado geral e atual de cada paciente, enfatizando ssvv, vias venosas, tipos de sondagens, uso de drenos, uso de dietas especiais, feridas e curativos, eliminações fisiológicas e balanço hídrico se necessário; - Comunicar as medicações em uso, checando materiais e medicamentos para seu horário em cada leito, observando e notificando se evidenciar sobras, ratificando que só deverá ter medicação até 08horas do dia seguinte; - Informar pendências de medicamentos / farmácia, de nutrição, laboratório e exames de imagem; - Relatar as não conformidades do plantão.			
Observação - No caso do não comparecimento do rendeiro para a troca do plantão, o Enfermeiro do plantão, deverá ser informado para decisão de Dobra ou remanejamento.			
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno.			



2 - ZARPELON, Andrea. Rotinas de Passagem de Plantão: Unidades de Internação. Procedimento Operacional Padrão / Hospital Cristo Redentor. Março 2013.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP PROCESSO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: POP.ADM.009	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Sempre que houver cuidados de enfermagem.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Orientar as etapas do Processo de enfermagem.			
OBJETIVO Organizar o trabalho profissional do enfermeiro e equipe; Adicionar a tecnologia organizacional na prestação de cuidados; Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.			
NORMAS - O processo de enfermagem deve ser realizado no sistema informatizado vigente; - Deve ser realizado para todos os pacientes internados na instituição, nas 24 horas, seguindo o método científico de resolução de problemas, por meio das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem, Prescrição de enfermagem, implementação dos cuidados e evolução de enfermagem; - O enfermeiro é responsável por executar o histórico nas primeiras 24 horas de internação, seguindo os modelos de admissão; - O enfermeiro identifica e sublinha os problemas dos pacientes no histórico de enfermagem. - O enfermeiro elenca os diagnósticos de enfermagem com foco no problema e assinala em impresso próprio, atualizando a lista sempre que houver mudanças clínicas, ou diariamente; - O enfermeiro realiza a prescrição de enfermagem para o paciente nas 24 horas, envolvendo a participação da equipe de enfermagem, atualiza sempre que houver mudanças clínicas ou diariamente; - A equipe de enfermagem executa a prescrição conforme aprazamento, faz a checagem no prontuário e registra o cuidado e/ou as intercorrências e as respostas dos pacientes aos cuidados de enfermagem no impresso "observações complementares de enfermagem"; - O enfermeiro registra no sistema informatizado vigente a evolução das 24 horas utilizando dados da passagem de plantão, visita diária, exame físico do paciente, informações e anotações realizadas pela equipe de enfermagem no impresso "observações complementares de enfermagem" e informações de outros profissionais e ou familiares. A primeira evolução deve ser realizada 24h após a realização do histórico. - Trata-se de um processo dinâmico, em que o enfermeiro em conjunto com a equipe de enfermagem, avalia o paciente continuamente. As etapas de diagnóstico, prescrição e evolução, são realizadas a cada 24 horas ou quando houver mudanças no estado de saúde do paciente.			
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.			

constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Material

- Versão atual do exemplar "Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I";
- Impresso próprio. 1. versão antiga;
- Arquivo digital. 2. Nova versão para impressão.

Descrição do procedimento

- Estabelecer os problemas de enfermagem identificados após histórico de enfermagem;
- Registrar os diagnósticos em local próprio por ordem de prioridade ou importância.

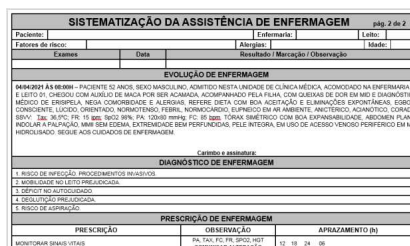
Observação

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Utilizar impressos antigos apenas na falta dos impressos atuais.

1.



2.



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Processo que envolve o Planejamento de Enfermagem, o qual é a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem. Assim como, a Implementação, a qual é a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Material

- Impresso próprio. 1. versão antiga;
- Arquivo digital. 2. versão para impressão.

Descrição do procedimento

- Avaliar os diagnósticos de enfermagem determinados;
- Prescrever utilizando as 3 colunas: Prescrição do cuidado, observação, o qual complementa a informação e por último o aprazamento de horários;
- Informar a equipe detalhes dos cuidados;
- Monitorar a realização.

Observação

- Procedimento privativo do enfermeiro;

- 1.

2.

1.

2.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP Brasil.



- 1 – Regulamento interno.
- 2 – OLIVEIRA, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Fortaleza. V. 72, N. 6, Nov-Dec. 2019.
- 3 – BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, 2009.
- 4 - Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.010	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Após solicitação de internamento pelo profissional médico.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre recomendações sobre procedimentos e rotina quando se admite um paciente na unidade de internamento.			
OBJETIVO Garantir a correta identificação do paciente e suas queixas clínicas, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados, e facilitar o início do tratamento necessário, exames e a adaptação do paciente no ambiente hospitalar, com conforto e segurança.			
NORMAS Material - Prontuário do paciente com todos os dados completos; - Exames anexados se existentes; - Presença de um familiar ou responsável; - Esfigmomanômetro / Tensiómetro; - Estetoscópio; - Termômetro; - Oxímetro de pulso portátil em caso de necessidade. Preparação para o procedimento - Lavagem das mãos conforme Protocolo da CCIH; - Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com o risco envolvido; Técnico de Enfermagem - Certificar-se se o leito de Internamento está devidamente organizado; - Recepcionar o paciente devidamente acompanhado por um técnico de enfermagem do setor procedente; - Verificar perfusão de acesso venoso, o mesmo deve estar devidamente identificado (data, calibre do dispositivo, assinatura do profissional. Situação de sondas, curativos, e dos circuitos de infusão venosa (equipo injetor, polifix);			



- Verificar se o Prontuário está completo (anamnese, evolução encaminhamento médico e de enfermagem, prescrição médica e exames solicitados);
- Verificar exames trazidos pelo paciente e quais exames irá realizar, bem como orientações de preparo;
- Verificar sinais vitais e colher queixas clínicas atuais;
- Caso a acomodação seja enfermaria, apresenta-lo aos demais pacientes do quarto;
- Orientar sobre o horário de visita e troca de acompanhante;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre regulamento, normas e rotinas do setor, localização das instalações sanitárias, horários das refeições, nome da equipe assistente do horário;
- Trocar dispositivos de pacientes oriundos de outros serviços (acesso venoso – se possível, e sempre trocar o circuito de venoclise e sonda vesical);
- Realizar Anotações de enfermagem no Prontuário, usando terminologias corretas, sem abreviações e siglas, portanto, deverá constar: história clínica atual e pregressa, horário da admissão, hipótese diagnóstica, exame físico e SSVV;
- Observar no paciente e registrar detalhadamente se acesso venoso, sondas, curativos e drenos, estão corretamente identificados – data e nome do profissional que realizou o procedimento;
- Informar o tipo de dieta prescrita do paciente para o setor de nutrição.

Enfermeiro

- Acompanhar a admissão do paciente até o leito sempre que possível com equipe técnica e Enfermeiro do Setor procedente;
- Verificar se o prontuário está completo (anamnese, evolução encaminhamento médico e de enfermagem, prescrição médica e exames solicitados);
- Verificar exames trazidos pelo paciente e quais exames irá realizar, bem como orientações de preparo;
- Verificar estado clínico do paciente e suas principais queixas num breve exame físico, a fim de certificar – se da gravidade e assistência apropriada.
- Fazer a Anamnese com paciente, garantindo as informações necessárias para segurança do paciente;
- Realizar Evolução de admissão do paciente no sistema (Histórico e exame físico);
- Orientar os Técnicos de Enfermagem sobre o Plano de Cuidados de enfermagem estabelecido e Prescrição Médica do Paciente;
- Abrir os Horários da Prescrição Médica, de acordo com as necessidades do tratamento referido, e orientar a equipe quanto a execução e diluição medicamentosa;
- Conversar com o paciente e acompanhante sobre os cuidados e assistência a serem realizados nas próximas horas;

Observação

- Todo e qualquer Internamento deve ter a presença do Enfermeiro para passagem do caso clínico e sua assistência programada;
- Pacientes graves devem ser acompanhados pelo ou médico e enfermeiro até a sua acomodação no leito.
- Se o paciente na admissão se recusar ao internamento, o médico responsável deverá explicar possíveis riscos da recusa do tratamento. Caso o paciente persistir em recusar o internamento/tratamento o enfermeiro plantonista, irá conduzir o termo de responsabilidade para o paciente / familiar assinar.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - ADMISSÃO E PRONTUÁRIO E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM. Disponível em "<http://www.soenfermagem.net/admissao/>" acesso em setembro de 2018.

3 – Procedimento Operacional Padrão – POP de enfermagem. Hospital Dr. José Alventino Lima. CÓDIGO DEN POP – 01F/16. Belém de São Francisco-PE, Março, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:

*Revisado por:

Aprovado por:



09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde
--	--	--

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO	CÓDIGO: POP.ADM.011	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 06/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Sempre que o paciente se apresentar com a Ficha de Pronto Atendimento.			
MONITORAMENTO Enfermeiro e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre recomendações sobre procedimentos e rotina quando se admite um paciente na unidade de pronto atendimento.			
OBJETIVO Padronizar o atendimento na Urgência, afim de agilizar a assistência devida ao paciente.			
NORMAS Material - Ficha de Pronto Atendimento padrão da unidade (Registro de dados pessoais, ficha de sumário de admissão); - EPI conforme o risco biológico envolvido; - Estetoscópio; - Esfigmomanômetro; - Glicosímetro, fita e lanceta; - Oxímetro de Pulso; - Termômetro; - Otoscópio; - Lanterna; - Algodão embebido álcool 70%; - Aparelho de ECG, gel condutor; - Carrinho de parada devidamente equipado e checado; - Cilindro de Oxigênio devidamente montado; - Luva de procedimento. Preparação para o procedimento - Acomodar o paciente na sala de Triagem, se paciente consciente e orientado e estado clínico favorável; - Confirmar a identificação do paciente pela ficha; - Aferir Sinais Vitais, Oximetria de pulso e registrar valores na ficha do paciente; - Classificar o risco do paciente e colocar em ordem de prioridade (Se enfermeiro capacitado);			



- Direcionar a acomodação a depender da avaliação inicial pelos valores de SSVV e saturação, bem como observação do quadro clínico geral;
- Pacientes acomodados na urgência não deverão estar acompanhados, devendo o acompanhante ser direcionado a aguardar na recepção, exceto pacientes: menores de idade, idosos, e àqueles sem condições de responder verbalmente;
- Caso paciente chegue ao Serviço em situação de Urgência e emergência, sinais de dor intensa, trauma ou sangramento, rebaixamento do nível de consciência, este deve ser acomodado em Sala de Procedimento, convocando Médico e Equipe de enfermagem para prestar atendimento imediato;
- Realizar curativos e pequenos procedimentos como suturas, na SALA DE PROCEDIMENTOS;
- Somente o Enfermeiro ou a técnica de enfermagem específica deve realizar ECG e identificar, organizando equipamento ao final do procedimento;
- Preencher a ficha de Doenças de Notificação Compulsória, Ficha dos casos de Diarréia, e deixar em pasta para ser coletado pela VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Observação

- Paciente após atendimento inicial na urgência sem condições de permanência no serviço por quaisquer outros motivos, deverão ser encaminhados a outro serviço hospitalar através do Sistema de Regulação SUREM;
- Pacientes com suspeitas de doenças altamente contagiosas, como Influenza, Covid-19, etc, deverão ser encaminhadas para o isolamento respiratório até o diagnóstico final.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - Admissão E Prontuário E Anotações De Enfermagem. Disponível em "<http://www.soenfermagem.net/admissao/>" acesso em setembro de 2018.

3 - Protocolo De Acolhimento Com Classificação De Risco Sistema Único De Saúde (Sus) Hospitais Municipais. São Luís. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em junho 2021.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP RECUSA DE PROCEDIMENTOS OU EVASÃO HOSPITALAR DE CLIENTES	CÓDIGO: POP.ADM.012	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Sempre que tiver ocorrência.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Orientar as condutas de enfermagem frente a saída voluntária do cliente do hospital sem autorização médica e com ou sem comunicação da saída a unidade em que estava internado.			
OBJETIVO Prevenir evasões; Respaldar judicialmente a equipe e a instituição.			
NORMAS - Todo cliente hospitalizado, independentemente de sua situação clínica, é de inteira responsabilidade da instituição de saúde e de seus respectivos profissionais. Dessa forma, ações preventivas à evasão hospitalar de clientes deverão ser tomadas anteriormente, para impedir tal desfecho; - Identificar precocemente comportamentos sugestivos e/ou manifesto declarado de evasão do cliente (antecedentes de fugas, saídas furtivas da enfermaria, solicitação de alta a pedido, histórico de tentativas de suicídio, doenças psiquiátricas e sinais de confusão mental por etiologias diversas (exemplo: abstinência de drogas e álcool, isquemia cerebral e outros); - Compartilhar tais informações com a equipe multiprofissional (médico, psicólogo, assistente social e equipe de portaria e vigilância), para providências sob as suas responsabilidades; - Intensificar o acompanhamento nos clientes incapazes ou de grupos vulneráveis (clientes com doenças psiquiátricas ou com quadro de confusão mental e menores de 18 anos ou maiores de 60 anos de idade); - Registrar os comportamentos ou manifesto voluntário de evasão, assim como as medidas preventivas tomadas, no caderno de intercorrências da unidade e no prontuário do cliente; - Solicitar que paciente ou responsável, quando o mesmo não tenha poder para tal, assine o "Termo de declaração e recusa de consentimento"; - O boletim de ocorrência de "Preservação de Direitos" e a Ata Notarial do fato ocorrido são documentos que poderão auxiliar na preservação jurídica de conflitos; - A Ata Notarial deverá ser registrada pelo enfermeiro, junto ao médico responsável no livro de ocorrência do enfermeiro.			
Em caso de recusa de procedimentos ou transferências: - Pacientes adultos e em plena faculdade mental poderão assinar termo de responsabilidade para recusa de procedimentos ou transferências. Modelo em imagens abaixo;			

- Se idosos, crianças e pessoas sem condições plenas de decisão, um responsável deverá assinar o termo.

Enfermeiro:

- Imediatamente a suspeita de evasão, comunicar o serviço de portaria e de vigilância, para intensificar o controle de saída;
- Se confirmada a evasão do cliente, comunicar o episódio ao médico responsável, para ciência e tomada de providências cabíveis, assistente social, para contato com a família e acionamento do Ministério Público ou Conselho Tutelar, quando for o caso e ao psicólogo, para abordagem e acolhimento ao familiar.
- O boletim de ocorrência poderá ser realizado até 24 horas após o desfecho de evasão;
- O boletim de ocorrência poderá ser providenciado por qualquer membro da equipe assistencial, e poderá ser feito on-line, através do site: <https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/Ocorrencialnternet/Bemvindo.ssp>;
- Registrar a Ata Notarial do fato ocorrido (data, horário, descrição detalhada do ocorrido e medidas adotadas, incluindo o contato com os outros profissionais), no caderno de intercorrências da unidade, com a assinatura de duas testemunhas;
- Caso não seja possível ao Responsável Técnico (RT) encaminhar a cópia da Ata Notarial à diretoria, enfermeiro da unidade deverá encaminhá-la.

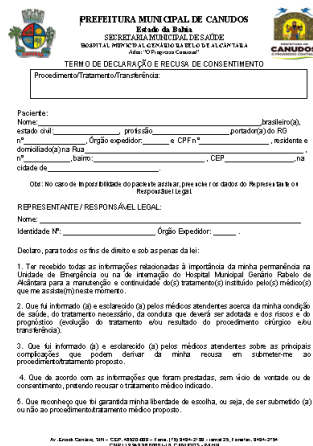
Equipe de enfermagem:

- Registrar a história do fato ocorrido no prontuário e no livro de ocorrência, de forma que esteja coerente com a anamnese clínica do cliente;
- Informar o RT da unidade.

Responsável Técnico de Enfermagem:

- Providenciar duas cópias da ata notarial e encaminhá-las ao serviço de assistência social e à diretoria;
- Supervisionar o cumprimento da rotina;
- Se identificado alguma não conformidade, tomar medidas preventivas e propor educação em serviço.

Imagens:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS
Estado de Bahia
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CANUDOS - RUA SÉRGIO BASTOS, 111 - JARDIM SÃO CARLOS
Cidade - 45.900-000 Canudos

TERMO DE DECLARAÇÃO E RECUSA DE CONSENTIMENTO
Procedimento/Tratamento/Transfusão:

Paciente:
Nome: _____ (Assinatura)
Estado civil: _____, profissão: _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na Rua _____, nº _____, CEP _____, na cidade de _____.

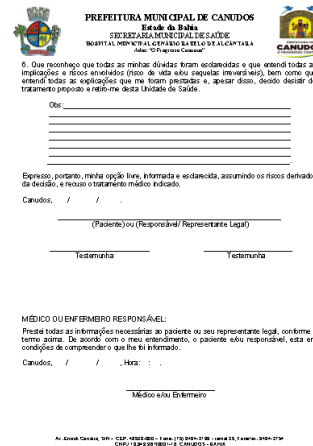
Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, por estar incapacitado de responder legalmente, o Representante Legal:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:
Nome: _____
Identidade Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei:

1. Ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha permanência na Unidade de Emergência ou na de internação do Hospital Municipal, Gerente Rabelo de Almeida para a manutenção e continuidade do(s) tratamento(s) instituído pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento.
2. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deverá ser adotada e dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico e/ou terapêutico).
3. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes sobre as principais complicações que podem derivar da minha recusa em submeter-me ao procedimento/tratamento proposto.
4. Que de acordo com as informações que foram prestadas, sem vício de verdade ou de consentimento, pretendo recusar o tratamento médico indicado.
5. Que reconheço que fui garantido minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto.

At: Canudos, Bahia, 19 de outubro de 2022. Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS
Estado de Bahia
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CANUDOS - RUA SÉRGIO BASTOS, 111 - JARDIM SÃO CARLOS
Cidade - 45.900-000 Canudos

TERMO DE DECLARAÇÃO E RECUSA DE CONSENTIMENTO
Procedimento/Tratamento/Transfusão:

Paciente:
Nome: _____ (Assinatura)
Estado civil: _____, profissão: _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na Rua _____, nº _____, CEP _____, na cidade de _____.

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, por estar incapacitado de responder legalmente, o Representante Legal:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:
Nome: _____
Identidade Nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei:

1. Ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha permanência na Unidade de Emergência ou na de internação do Hospital Municipal, Gerente Rabelo de Almeida para a manutenção e continuidade do(s) tratamento(s) instituído pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento.
2. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deverá ser adotada e dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico e/ou terapêutico).
3. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes sobre as principais complicações que podem derivar da minha recusa em submeter-me ao procedimento/tratamento proposto.
4. Que de acordo com as informações que foram prestadas, sem vício de verdade ou de consentimento, pretendo recusar o tratamento médico indicado.
5. Que reconheço que fui garantido minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto.

At: Canudos, Bahia, 19 de outubro de 2022. Assinatura: _____

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.



2 - POP: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM- Uberaba, 2016. 241p.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES	CÓDIGO: POP.ADM.013	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Conforme solicitação e relatório médico.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o procedimento de transferência do cliente entre as unidades do hospital de forma segura, garantindo a comunicação efetiva, a fim de prevenir/reduzir eventos adversos relacionados a assistência de enfermagem.			
OBJETIVO Realizar procedimentos ou exames que a unidade de origem não ofereça; Necessidade de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).			
NORMAS Material - Solicitação através de relatório médico; - Computador com acesso à internet; - Transporte adequado. Descrição do procedimento Enfermeiro - Avaliar junto ao médico a necessidade e a viabilidade de transferência inter-hospitalar; - Inserir a solicitação de transferência no sistema SUREM (Sistema de Regulação de Urgência e Emergência) através do site: http://regulacao.saude.ba.gov.br:8049/RUE/open.do?sys=RUE e de acordo relatório médico; - Comunicar sobre a inserção da solicitação do sistema para a Central de Regulação Interestadual (CRIL) através de comunicador (grupo específico em rede social) disponível; - Avaliar a resposta da solicitação no sistema e no comunicador sistematicamente, até obter uma resposta de aceitação ou negação definitiva; - Providenciar a realização de exames solicitados para alimentar a regulação, se necessário; - Imprimir a laudo de autorização do SUREM em 3 vias (1ª anexar ao prontuário, 2ª arquivar e 3ª ser entregue na admissão do paciente na unidade de destino); - Providenciar transporte adequado para o tipo de transferência de paciente (se ambulância básica ou UTI móvel); - Definir profissional da equipe para acompanhar o paciente (técnico de enfermagem se transporte em ambulância básica); - Definir a quantidade de oxigênio necessário para transportar o paciente em segurança (utilizar manual de autonomia do cilindro de oxigênio), se necessário. Técnico de enfermagem			



- Avaliar condições do acesso venoso periférico ou puncionar acesso venoso periférico;
- Forrar a maca da ambulância;
- Providenciar o transporte do paciente do leito até a ambulância;
- Solicitar a folha de laudo de autorização do SUREM e cópia de exames, prontuário, se necessário;
- Acompanhar o paciente desde o transporte, admissão na unidade de origem até a liberação da ambulância pela administração do hospital.

Enfermeiro RT

- Providenciar acesso do enfermeiro para o sistema SUREM;
- Treinar os enfermeiros quanto o manuseio do sistema;
- Supervisionar o processo de transferência.

Observações

- A transferência entre unidades de clientes hospitalizados deverá ocorrer de forma segura e com comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos na ação;
- O enfermeiro da unidade de origem deverá relatar a transferência do cliente descrevendo: período de internação, diagnóstico médico, comorbidades, tipos de precaução/isolamento, nível de consciência, padrão respiratório, dieta/nutrição, dispositivos: cateter venoso central (CVC), cateter venoso periférico (CVP), cateter vesical de demora (CVD), Cateter Enteral, dentre outros), alergias, medicamentos em infusão contínua inclusive os de alta vigilância (drogas vasoativas, antiarrítmicos, anticoagulantes, antibióticos, analgésicos potentes, insulina, anti-hipertensivos), mobilidade/restrições, integridade da pele e curativos, avaliação dos riscos de queda e lesão por pressão, intercorrências clínicas ocorridas durante a internação, cirurgias e exames relevantes realizados durante a internação, procedimentos pendentes, pertences de uso pessoal e necessidade de acompanhantes;
- O médico poderá solicitar a transferência por realização direta da inserção no sistema SUREM;
- O enfermeiro deverá possuir senha própria de acesso aos Sistema SUREM para uso pessoal e intransferível em horário de trabalho;
- A solicitação de transporte será através da diretoria administrativa, quando ambulância básica ou através da Central do SAMU 192 e CRIL, quando UTI;
- Em transferência de pacientes por Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, um envelope identificado deverá ser providenciado antes mesmo da autorização da transferência, e deverá constar a cópia dos documentos pessoais, comprovante de residência, laudo do SUREM, prescrição do dia, notificação (SRAG E COVID-19), resultados de exames (swab/TR, caso tenham, raio-x) e contatos de familiares (escrever no mínimo três contatos);
- Todo paciente com solicitação para UTI e cardiologia deverá ter o teste para infecção pelo Coronavírus SARS-CoV-2 realizado;
- Providenciar os seguintes exames para pacientes de trauma-ortopedia: para paciente menor de 40 anos: Exames laboratoriais (hemograma completo, ureia e creatinina) e para paciente maior de 40 anos: Exames laboratoriais (hemograma, ureia, creatinina, coagulograma (TP, TTPA, TC E TS) Glicemia se DM), Avaliação cardiológica (se disponível), Raio X de tórax e ECG;
- Pacientes para exames e consultas fora da unidade, o prontuário deverá ser levado junto ao paciente;
- Se paciente em uso de oxigenoterapia e com previsão de retorno para unidade de origem, o cálculo da autonomia do cilindro deverá ser suficiente para o tempo necessário;
- Se o paciente ou familiar recusar a transferência, o mesmo deverá assinar a ficha de recusa, conforme POP nº 046 - RECUSA DE PROCEDIMENTOS OU EVASÃO HOSPITALAR DE CLIENTES. E o enfermeiro deverá informar à CRIL através do sistema SUREM e enviar e-mail informando.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 – Regulamento CRIL.
- 3 – Regulamento Central SAMU 192 – Juazeiro-BA.



4 - POP: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM- Uberaba, 2016. 241p.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP BIOSSEGURANÇA ESPECÍFICA PARA INFLUENZA A/H1N1 / CORONAVÍRUS	CÓDIGO: POP.BIO.0001	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Em todos os procedimentos.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO São medidas de proteção, de segurança, de controle e de cuidados no atendimento aos casos suspeitos/confirmados de síndrome gripal com agravamento ou de síndrome respiratória aguda grave, causados pelos Vírus Influenza ou Coronavírus.			
OBJETIVO Evitar a contaminação da equipe por vírus respiratórios.			
NORMAS - As recomendações de biossegurança e de coleta de amostra de secreção nasofaríngea deverão ser aplicadas aos casos de síndrome gripal com sinais de agravamento ou de síndrome respiratória aguda grave atendidos nesta unidade; - Os casos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave deverão ser notificados pelo enfermeiro plantonista, por meio de ficha própria; - É recomendado que todos profissionais de saúde, assim como os profissionais de suporte (funcionários da limpeza, secretariado/escrituração, manutenção, recepção, triagem e outros), que poderão entrar em contato direto com o cliente com suspeita ou diagnóstico confirmado de influenza A/H1N1/Coronavírus, estejam vacinados contra influenza e Covid-19; - Os clientes admitidos e internados e os profissionais de saúde com sinais e sintomas sugestivos de gripe (febre e tosse, acompanhada ou não por outras manifestações clínicas) deverão portar máscara cirúrgica até a avaliação médica; - Os tipos de precauções preconizados ao atendimento ao cliente com Covid-19 /H1N1 (caso suspeito ou confirmado) serão de contato e respiratório por aerossol; - As precauções deverão ser obrigatórias a todos os profissionais de saúde e de limpeza e aos familiares que entrarem em contato com o cliente (caso confirmado ou suspeito) à uma distância inferior a um metro, durante o período de transmissibilidade do vírus. - Os equipamentos de proteção individual (EPIs) indicados serão: avental descartável de manga longa, com punho e gramatura 50 g/m²; máscara PFF2 (N95); gorro; óculos protetor/faceshield, propé e luvas; - Os EPIs estarão disponibilizados nas unidades de internação, exceto a máscara N95; - A máscara PFF2 (N95); poderá ser adquirida no Sala da Coordenação de enfermagem; - A máscara N95 (PFF2) é de uso individual e deverá ser descartada ao final de cada plantão, ou antes, se danificada ou com sujidade visível; - A máscara N95 poderá ser liberada aos acompanhantes/visitantes, mediante solicitação do enfermeiro. - Os EPI (avental, luva, propé, gorro e máscara N95) deverão ser desprezados em recipiente de descarte, com pedal, para resíduos infectantes; - Óculos de proteção ou faceshield deverão ser encaminhados para o CME;			



- Não é recomendado que tenha visitas ao cliente com suspeita de influenza A/H1N1/Covid-19 (síndrome gripal com agravamentos ou insuficiência respiratória aguda grave) durante o período de transmissibilidade do vírus. A permanência de um acompanhante deverá ser evitada, salvo exceções, como em unidades pediátricas e idosos;
- Os acompanhantes e as visitas que estiverem visivelmente gripados deverão receber restrição à entrada no âmbito hospitalar ou orientados a colocar máscara cirúrgica e respeitar as orientações da "etiqueta da tosse";
- A confirmação laboratorial do diagnóstico de influenza H1N1/Covid-19 será pelo resultado do exame de pesquisa da reação em cadeia da polimerase (PCR) para H1N1 ou Sars-CoV-2, realizada por meio de coleta de amostra nasofaríngea;
- Os métodos de coleta de amostra nasofaríngea serão o aspirado nasofaríngeo para clientes em ventilação mecânica e o swab combinado (1 amostra orofaríngea e 2 amostras nasofaríngeas – cada narina) para os clientes em respiração espontânea;
- Os profissionais responsáveis pela coleta serão a equipe do laboratório;
- A amostra nasofaríngea deverá ser coletada no terceiro dia após o início dos sintomas, preferencialmente, podendo o prazo ser estendido até o sétimo dia. Não colher a amostra após 24 horas do início do antiviral Oseltamivir (Tamiflu®);
- O transporte do cliente deverá ser restrito, mas na necessidade, a equipe deverá paramentar-se com máscara N95, luvas de procedimento, gorro e avental descartável, e o cliente, com máscara cirúrgica, caso esteja em respiração espontânea. A equipe do local de destino deverá ser comunicada, antecipadamente, sobre o diagnóstico do cliente, para a adoção de medidas cabíveis;
- O familiar que tiver contato próximo com o cliente (caso suspeito e confirmado) deverá ser orientado a procurar um serviço de saúde, na presença de sinais sugestivos de uma síndrome gripal;
- Os funcionários que realizarem procedimentos que gerem aerossóis ou que manipulem amostras clínicas de clientes com suspeita ou diagnóstico confirmado, sem o uso adequado dos EPIs, deverão observar sinais e sintomas de síndrome gripal nos próximos 14 dias, informando a chefia imediata caso aconteça, pois deverá permanecer em isolamento com no mínimo 10 dias.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - 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). Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.

3 – POP: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM- Uberaba, 2016. 241p.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL E CREME APÓS ABERTURA	CÓDIGO: POP.BIO.0002	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Sempre que tiver uso dos produtos em bisnagas, frascos e potes.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Padronizar das formas de conservação de pomada, gel e creme após abertura. a fim de prevenir/evitar eventos adversos.			
OBJETIVO Prevenir ou evitar eventos adversos; Evitar contaminações cruzas; Manter o efeito desejado do produto.			
NORMAS - Os recipientes (bisnagas, frascos e potes) com os produtos (creme, óleo, gel ou pomada) violados, ou seja, abertos, deverão ser identificados com os dados do cliente (nome do cliente completo, Registro Geral (RG) hospitalar, leito, data e hora de abertura e nome do profissional), exceto aqueles acondicionados em saches; - Os produtos acondicionados em bisnaga, frasco ou pote poderão ser de uso coletivo, desde que tenha indicação e o manuseio seja feito sem contaminá-lo. No caso de bisnaga, deve-se desprezar a primeira porção e só usar a porção seguinte. As substâncias acondicionadas em potes deverão ser manuseadas com espátula esterilizada ou não, que deverá ser desprezada após o uso; - Os produtos acondicionados em saches deverão ser de uso individual, abertos no momento de usar, e as sobras, desprezadas; - Alguns exemplos dos produtos em creme, óleo, gel e pomada, mais utilizados na instituição são: protetor cutâneo à base de retinol, pomada composta, xilocaína gel, agentes tópicos para curativos (papaína, fibrase, sulfatiazina de prata, ácido graxo essencial, hidrogel), cremes dermatológicos e outros; - As tampas das bisnagas e dos potes, quando abertas, deverão ser colocadas com a parte interna para cima sobre superfícies limpas, quando manuseadas; - Os produtos em potes, frascos e bisnagas violados e de uso individual deverão ser armazenados na unidade do cliente (mesa de cabeceira). Se necessário acondicioná-los em geladeira. Estes não poderão ter sido expostos à contaminantes e deverão estar envolvidos em invólucro plástico e separados dos demais; - Os produtos em potes, frascos e bisnagas violados e de uso coletivo deverão ser armazenados em algum local do armário da enfermagem específico para esse fim. A quantidade deverá ser prevista e preparada no posto de enfermagem. É proibido levar o recipiente até a unidade do cliente, principalmente se ele tiver indicação de precauções por contato; - Todos os profissionais de saúde deverão ser responsáveis pela notificação no livro de ocorrências as não conformidades que possam acarretar em eventos adversos à saúde; - A validade após aberto será de 30 dias para cremes pomadas industrializadas e seguir o tempo estipulado pelo fabricante para cremes e pomadas manipuladas.			

**Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem:**

- Abrir o recipiente com a pomada, gel ou creme e utilizá-lo para o determinado fim;
- Identificar o recipiente com o produto;
- Se exposto à contaminantes, descartar o recipiente;
- Se apresentar mudança de cor, aspecto e cheiro, desprezar o produto;
- Armazená-los em local indicado (geladeira, mesa de cabeceira ou local específico para esse fim);
- Se a parte externa do recipiente com o produto de uso coletivo foi exposto à contaminantes, este passará a ser de uso exclusivo do cliente;
- Não armazenar em geladeira, o produto exposto à contaminantes. Desprezará-lo.

Enfermeiro:

- Supervisionar o uso e a conservação da pomada, do creme ou do gel;
- Determinar os casos em que a indicação de uso coletivo do produto passa a ser de uso individual (Indicação de Precaução por Contato);
- Determinar se as sobras dos produtos serão desprezadas (indicação de precauções por contato) ou entregues ao cliente/familiar na alta hospitalar.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - POP: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM- Uberaba, 2016. 241p.

3 – Boletim nº02. Recomendações de conservação e validade de medicamentos multidoses após abertura. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Fortaleza-CE Dezembro/2016.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.BIO.0003	PÁGINA: 1 - 5
	PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI	REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Em todos os procedimentos.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO São orientações sobre maneira correta de colocar e retirar os equipamentos de proteção individual com maior segurança.			
OBJETIVO Evitar a contaminação do profissional ou transmissão de doenças para outros pacientes ou setores.			
NORMAS TIPOS DE EPI Lavagem das mãos: - Já descrita no POP 004 – “HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO E ÁGUA”. Máscara cirúrgica: - Deve ser confeccionada de material tecido-não tecido (TNT), possuir no mínimo uma camada interna e uma camada externa e obrigatoriamente um elemento filtrante; - Devem ser utilizadas para evitar a contaminação do nariz e boca do profissional por gotículas respiratórias, quando este atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente; Devem seguir os seguintes cuidados quando as máscaras cirúrgicas forem utilizadas: - Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e o nariz e ajuste com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara; - Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara; - Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente da máscara, que pode estar contaminada, mas remova sempre pelas tiras laterais); - Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos; - Substitua as máscaras por uma nova máscara limpa e seca assim que a antiga tornar-se suja ou úmida; - Não reutilize máscaras descartáveis. Máscara de proteção respiratória (respirador particulado - N95/PFF2 ou equivalente): - Utilizar quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossóis, - A máscara deve estar apropriadamente ajustada à face do profissional;			



- Poderão ser usadas por período maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sejam seguras, minimamente, as recomendações abaixo:

- Utilizar um protetor facial (face shield), pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente;
- Os profissionais de saúde devem 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;
- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face), a máscara deverá ser descartada imediatamente;
- Os profissionais de saúde devem ser orientados sobre a importância das inspeções e verificações da vedação da máscara à face, antes de cada uso:

Observação 1: As máscaras usadas por período maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante podem não cumprir os requisitos para os quais foram certificados. Com o tempo, componentes como por exemplo, as tiras e o material da ponte nasal podem se degradar, o que pode afetar a qualidade do ajuste e da vedação;

Observação 2: O profissional de saúde NÃO deve usar a máscara cirúrgica sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez;

Observação 3: Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na sua superfície interna e a acondicione de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso. Para isso, pode ser utilizado um saco ou envelope de papel, embalagens plásticas ou de outro material, desde que não fiquem hermeticamente fechadas. Os elásticos da máscara deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo a facilitar a retirada da máscara da embalagem. **Importante:** Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente;

Observação 4: O tempo de uso da máscara N95/PFF2 ou equivalente, em relação ao período de filtração contínua do dispositivo, deve considerar as orientações do fabricante. O número de reutilizações da máscara, pelo mesmo profissional, deve considerar as rotinas orientadas pela unidade.

Luvas:

- As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas sempre que houver risco de contato com sangue ou secreções, no contexto da epidemia da COVID-19, em qualquer contato com o paciente ou seu entorno (precaução de contato);

- Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico);

- Seguir as recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde;

- Colocação das luvas de procedimentos:

As luvas devem ser colocadas dentro do quarto do paciente ou área em que o paciente está isolado;

Retire uma luva da caixa original;

Toque apenas uma área restrita da superfície da luva correspondente ao pulso (na extremidade superior do punho);

Calce a primeira luva;

Retire a segunda luva com a mão sem luva e toque apenas uma área restrita da superfície correspondente ao pulso;

Para evitar contato com a pele do antebraço com a mão calçada, dobre a parte externa da luva a ser calçada nos dedos dobrados da mão calçada, permitindo assim o calçamento da segunda luva;

Uma vez calçadas, as mãos não devem tocar nada que não esteja definido pelas indicações e condições de uso das luvas.

- Retirada das luvas de procedimentos:

As luvas devem ser removidas, utilizando a técnica correta, ainda dentro do quarto ou área de isolamento e descartadas como resíduo infectante;

Retire as luvas puxando a primeira 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;

Realizar a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas;

- Jamais sair do quarto ou área de isolamento com as luvas;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (as luvas nunca devem ser reutilizadas);
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- **Não devem ser utilizadas duas luvas** para o atendimento dos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência.

Óculos de proteção ou protetor de face (face shield):

- Os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubra a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, etc;
- Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, imediatamente após o uso sofrer limpeza e posterior desinfecção com álcool líquido a 70% (quando o material for compatível), hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante;
- Caso o protetor facial tenha sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e só depois dessa limpeza, passar pelo processo de desinfecção.

Capote ou avental:

- O capote ou avental (gramatura mínima de 30g/m²) deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional;
- O profissional deve avaliar a necessidade do uso de capote ou avental impermeável (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m²) a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc);
- O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior;
- O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de isolamento. Após a remoção do capote ou avental deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.

Gorro:

- O gorro está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis;
- Deve ser de material descartável e removido após o uso. O seu descarte deve ser como resíduo infectante.

Ordem correta de paramentação em situação que necessitem o uso combinado de EPI

Fora do quarto/enfermaria:

- Organize os EPIs;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o avental;
- Máscara cirúrgica ou PFF2/N95 a depender da situação;
- Óculos de proteção ou Face Shield;
- Gorro.

Dentro do quarto/enfermagem:



- Lavar as mãos;
- Colocar a luva.

Ordem correta de desparamentação em situação que necessitem o uso combinado de EPI

Dentro do quarto/enfermagem:

- Retirar as luvas e descartar em lixo infectante;
- Lavar as mãos;
- Retirar o avental/capote;
- Higienizar as mãos;

Fora do quarto/enfermaria:

- Higienizar as mãos;
- Retirar gorro;
- Retirar Óculos ou face shield;
- Higienizar as mãos;
- Retirar a máscara cirúrgica ou PFF2/N95.

TIPOS DE PRECAUÇÕES

Precaução padrão:

- São medidas que devem ser instituídas para todos os pacientes, independente dos fatores de riscos, da idade ou da doença de base. Sua utilização repercute no impacto significativo na redução da transmissão cruzada de microrganismos;

- Materiais necessários:
 - Higienização das mãos;
 - Luvas e avental;
 - Óculos e máscara cirúrgica;
 - Caixa perfuro-cortante.

Precaução por contato:

- São preconizadas para as doenças e microrganismos transmitidos por contato direto ou indireto com a pessoa colonizada ou infectada. Os pacientes podem ser agrupados (**coorte**) de acordo o microrganismo causador da doença.

- Materiais necessários:
 - Higienização das mãos;
 - Luvas e avental;
 - Quarto privativo.

Precaução para gotículas:

- Utilizadas para pacientes com doenças conhecidas ou suspeitas, transmitidas por gotículas maiores que 5 µm.

- Materiais necessários:
 - Higienização das mãos;
 - Máscara cirúrgica para o profissional;
 - Máscara cirúrgica para o paciente;
 - Quarto privativo.

Precaução para aerossóis:



- Devem ser utilizadas para pacientes com doenças transmitidas por partículas menores que 5 µm com capacidade de suspensão no ar.

- Materiais necessários:

- Higienização das mãos;
- Máscara PFF2/N95 para o profissional;
- Máscara cirúrgica para o paciente;
- Quarto privativo.

Precaução reversa:

- Devem ser utilizadas para pacientes com doenças as quais comprometem o sistema imunológico, devido a susceptibilidade a doenças infecciosas.

- Materiais necessários:

- Higienização das mãos;
- Máscara cirúrgica para o profissional;
- Máscara cirúrgica para o paciente;
- Quarto privativo.

Precaução para doenças virais de transmissão por via respiratória (Influenza/Covid-19):

- Por se tratar de doença que a transmissão ocorre de diversas maneiras, como por contato, gotículas e aerossóis, deve-se realizar o uso de todos os EPI descritos nas diversas meios de precauções. Pode-se realizar a leitura do POP nº 0044 – “BIOSSEGURANÇA ESPECÍFICA PARA INFLUENZA A/H1N1 / COVID-19” para uma abordagem mais específica.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - 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). Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.

3 – SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	CÓDIGO: POP.BIO.0004	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 03/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Durante toda permanência na unidade hospitalar e de acordo com procedimentos envolvidos.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre recomendações quanto ao uso correto de Equipamentos de Proteção Individual – EPI.			
OBJETIVO Regulamentar a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), visando proporcionar condições de trabalho mais seguras, evitar o risco de acidentes e proteger a saúde do trabalhador.			
NORMAS - Os profissionais da área de saúde deverão fazer uso de dispositivos ou produtos, de uso individual ou coletivo, destinado à proteção de riscos, suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho; - O profissional admitido deverá ser orientado pela unidade de segurança do trabalho responsável sobre o uso dos EPI; - O profissional deverá receber os equipamentos adequados ao risco da unidade escalada e o uso é obrigatório; - O trabalhador que se acidentar na execução de suas atividades, independente do uso de EPI, deverá comunicar à sua chefia imediata para dar andamento no preenchimento da "Ficha de Notificação Acidente com Material Biológico ou Acidente de Trabalho Grave" e receber atendimento médico; - Os profissionais de saúde deverão usar sapatos fechados e confortáveis segundo recomendação da NR 32; - Os equipamentos de segurança mais usados nos serviços de enfermagem, de acordo com o agente são: - Risco biológico: luvas, óculos, aventais descartáveis, gorros. Em locais úmidos e com grande quantidade de material infectante: Centro Cirúrgico (CC), Central de Materiais e Esterilização (CME), Necropsia; - Situações de limpeza ambiental e outros, usar também botas de borracha ou sapato fechado impermeável; - Risco químico: máscaras, óculos, luvas e aventais impermeáveis; - Risco radiológico: avental, protetor de tireoide e óculos plumbíferos, luvas e dosímetro individual; - Os trabalhadores não devem sair do local de trabalho usando EPI e, quando possuírem mais de um emprego, não devem usar EPI de uma empresa em outra; - A equipe de enfermagem deverá realizar limpeza e/ou desinfecção dos EPI; - Observar POP específico para riscos envolvendo atendimento a pacientes suspeitos de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave. Observação Equipe de enfermagem: - Receber os EPI fornecidos pela Unidade; - Usar EPI conforme indicação. Se ocorrer acidente, comunicar a chefia imediata;			



- Fazer uso do EPI apenas para o fim a que se destina;
- Zelar pela conservação do EPI fornecido pela instituição;
- Responsabilizar-se pela guarda de EPI sob seu uso pessoal, bem como o descarte, se for o caso;
- Seguir sinalização educativa e preventiva nos ambientes do HC, com relação à segurança do trabalho;
- Participar dos treinamentos e dos cursos de educação permanente acerca do uso de EPIs e prevenção de riscos.

Enfermeiro

- Exigir o uso adequado dos EPIs por todos os colaboradores da sua unidade de trabalho. Caso a instituição não ofereça EPI, comunicar a coordenação de enfermagem ou diretoria administrativa;
- Escalar profissionais para realizar a limpeza e/ou desinfecção dos EPI de uso coletivo;
- Orientar a equipe sobre o local de guarda dos EPI;
- Reforçar periodicamente as orientações sobre o uso de EPI aos trabalhadores;
- Motivar a equipe e orientar todos os colaboradores quanto aos aspectos de segurança, riscos das atividades e necessidade de uso do EPI;
- Solicitar a troca dos EPI de uso coletivo danificados.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - Rotina Operacional Padrão (ROP). Controle da Temperatura da Geladeira. ROP: ENF-REG/01. Revisões: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2017.

3 - 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). Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP DESINFECÇÃO DE MATERIAIS NÃO- CRÍTICOS	CÓDIGO: POP.CME.001	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para o CME.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a desinfecção de produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente, tais como aparelhos, bacias, baldes, papagaios, frascos de aspiração, etc.			
OBJETIVO Reduzir carga microbiana; Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica; Prevenir deterioração; Preservar o material; Oferecer artigos em perfeitas condições de uso.			
NORMAS Material - Tecido limpo ou compressas; - Álcool a 70% Descrição do procedimento - Lavar as mãos; - Utilizar paramentação adequada (Touca, luvas, óculos facial, avental impermeável e máscara); - Receber o material após limpeza conforme POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO-CRÍTICOS. SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS; - Realizar inspeção visual, se visualizar sujidade, devolver para novo processo de limpeza; - Secar com tecido limpo; - Desinfetar com álcool a 70% com repetição do movimento por 5 vezes, em toda superfície do material; - Encaminhar para empacotamento. Observação - Realizar esse processo após os passos descritos no POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO E SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS; - O local de desinfecção desses materiais deve ser separado dos demais materiais semicríticos e críticos. Mas se o local for o mesmo, seguir a ordem de primeiro os materiais semicríticos, depois críticos e por último materiais não-críticos; - Laringoscópio (lâminas e cabo), apesar de ser utilizado em mucosas, recebe esse mesmo processo.			



FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 – 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, Brasília, 2012.

3 - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP. Recebimento e limpeza dos instrumentais e dos materiais no expurgo. POP 017. SUSADT- CME. Versão 00. Hospital de Campanha para enfrentamento ao Coronavírus. Governo de Goiás. Goiânia, 2020.

4 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.

5 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.

6 – Procedimento / Rotina. Limpeza e Desinfecção do Material Ventilatório em Termodesinfectora no Expurgo. POP.CME.019. Versão 01. Universidade Federal da Paraíba. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, 2020.

7 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.

8 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.

9 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMICRÍTICOS	CÓDIGO: POP.CME.002	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para o CME.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a desinfecção de produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas.			
OBJETIVO Reduzir carga microbiana; Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica; Prevenir deterioração e preservar o material; Oferecer artigos em perfeitos condições de uso.			
NORMAS Material - Solução de Ácido Peracético 0,2% ou Hipoclorito de Sódio 1% na falta do primeiro; - Caixa para acondicionamento do instrumental tamanho adequado e com tampa; - Cronômetro ou relógio para determinar tempo mínimo; - Fita de verificação da concentração de Ácido Peracético; - Torneira com bico de pressão ou de pistolas de água sob pressão para enxaguar ou similar. Descrição do procedimento - Lavar as mãos; - Utilizar paramentação adequada (Touca, luvas, óculos facial, avental impermeável e máscara); - Receber o material após limpeza conforme POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO-CRÍTICOS. SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS; - Realizar inspeção visual, se visualizar sujidade, devolver para novo processo de limpeza; - Imergir somente materiais limpos e secos em solução desinfetante, já diluída de acordo com fabricante; - Proceder a imersão total do produto. Desmontar e desconectar peças removíveis, preencher todas as estruturas ocas e lumens para haver contato do desinfetante com a superfície do material; - Manter materiais leves imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os mesmos; - Manter imerso por no mínimo 10 minutos se Ácido Peracético e 30 minutos se Hipoclorito de Sódio 1%; - Enxaguar todas as superfícies internas e externas, bem como suas peças removíveis, com grande quantidade de água tratada, utilizando torneiras com bico de pressão ou de pistolas de água sob pressão, se disponíveis - Secar todos os materiais com auxílio de um campo limpo ou descartável macio e sem fiapos. Utilizar pistola de ar para materiais com lúmen, porém evitar usar pressão de ar excessivamente alta em tubulações e canais para evitar danos, se disponível;			



- Proceder a rinsagem dos materiais com lúmen com álcool a 70%;
- Secar novamente os materiais com jato de ar sob pressão, se disponível;
- Encaminhar para empacotamento.

Observação

- Realizar esse processo após os passos descritos no POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO E SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS;
- Identificar a vasilha contendo a solução com data, horário, nome e assinatura de quem preparou;
- Fazer validação com fita diariamente para medir a concentração de Ácido Peracético 0,2% visando verificar a conformidade da concentração e registrar a validação diária em impresso próprio;
- Trocar solução de Ácido Peracético 0,2% ou do Hipoclorito de Sódio 1% conforme orientação do fabricante ou se a concentração estiver abaixo do ideal pós validação;
- Utilizar solução de Hipoclorito a 1% em situações de falta de Ácido Peracético e trocar solução a cada 12 horas de trabalho;
- Utilizar recipientes plásticos com tampa para conter os vapores do desinfetante e em tamanho adequado para a imersão dos materiais. Lavar os recipientes com água e sabão a cada troca da solução;
- Se a unidade optar por outro saneante o tempo de imersão deverá ser diferente, de acordo com o fabricante.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 – 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, Brasília, 2012.
- 3 - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP. Recebimento e limpeza dos instrumentais e dos materiais no expurgo. POP 017. SUSADT- CME. Versão 00. Hospital de Campanha para enfrentamento ao Coronavírus. Governo de Goiás. Goiânia, 2020.
- 4 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.
- 5 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.
- 6 – Procedimento / Rotina. Limpeza e Desinfecção do Material Ventilatório em Termodesinfectora no Expurgo. POP.CME.019. Versão 01. Universidade Federal da Paraíba. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, 2020.
- 7 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.
- 8 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.
- 9 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ESTERILIZAÇÃO POR AUTOCLAVE	CÓDIGO: POP.CME.003	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para o CME.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de destruição de todos os microorganismos através de vapor saturado sob pressão, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão.			
OBJETIVO Fazer com que o vapor penetre em todas as regiões dos pacotes, sem que se formem bolhas de ar Processar matérias críticos para uso em procedimentos que necessitam de técnico rigorosa de assepsia			
NORMAS Material - EPI (Touca, máscara e luvas); - Material devidamente empacotado; - Autoclave. Descrição do procedimento - Lavar as mãos e utilizar EPI; - Abrir a autoclave; - Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave); - Pegar pacotes que estão sobre a bancada, devidamente embalados de acordo POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS PRÉ ESTERILIZAÇÃO E PÓS DESINFECÇÃO; - Colocar os pacotes de preferência em cestos para obter melhor distribuição, evitando contato com as paredes da câmara interna; - Carregar a autoclave; - Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los; - Respeitar a distância de 1 cm entre os pacotes; - Posicionar materiais côncavos (bacia, cuba rim) no sentido vertical ou com a concavidade levemente lateralizada; - Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara (70 a 80%); - Fechar a porta da autoclave; - Ligar a autoclave de acordo manual de instrução do equipamento; - Aguardar o final do ciclo; - Abrir tampa e aguardar secagem do material pelo calor do equipamento; - Retirar material do rack; - Encaminhar material esterilizado para a sala de estocagem e distribuição.			



Observação

- Realizar esse processo após os passos descritos no POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO E SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS e passos do POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO;
- Não apertar muito os pacotes para ajudar a penetração do vapor;
- Não sobrepor materiais de modo a compactá-los;
- Os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado;
- Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação;
- Certificar se os indicadores externos passaram por esterilização;
- Não é permitido o uso de estufas para a esterilização de produtos para saúde.
- É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.
- Não é permitido à alteração dos parâmetros estabelecidos na qualificação de operação e de desempenho de qualquer ciclo dos equipamentos de esterilização.
- A água utilizada no processo de geração do vapor das autoclaves deve atender às especificações do fabricante da autoclave;
- Registrar em impresso próprio todos os ciclos realizados e o resultado dos testes de qualidade;
- A pressão ideal será de 1,2 kgf/cm para atingir temperatura de 121°C ou 2,2 kgf/cm para atingir temperatura de 135°C. Valores abaixo ou muito acima desses valores devem ser notificados;
- A temperatura ideal será de 30 minutos para um ciclo com pressão de 1,2 kgf/cm e temperatura de 121 °C e de 15 minutos para ciclo com pressão de 2,2 kgf/cm para atingir temperatura de 135°C.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 – 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, Brasília, 2012.
- 3 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.
- 4 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.
- 5 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.
- 6 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.
- 7 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.
- 8 – Manual de Instruções. Autoclave Vital e Plus 12/21. Cristófoli Biossegurança. Paraná, 2015.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS PRÉ ESTERILIZAÇÃO E PÓS DESINFECÇÃO		CÓDIGO: POP.CME.004	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021		
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para o CME.					
PERIODICIDADE Diariamente.					
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.					
DESCRIÇÃO É o processo de embalar os materiais com cobertura e maneira adequadas de acordo com o tipo de equipamento.					
OBJETIVO Manter o material limpo adequado para a esterilização; Manter o artigo estéril durante o armazenamento, transporte e manuseio; Permitir entrada do agente esterilizante; Impedir penetração do agente microbiano; Facilitar a abertura e transferência com técnica asséptica.					
NORMAS EMPACOTAMENTO DE MATERIAL NÃO-CRÍTICO E SEMI CRÍTICO PÓS DESINFECÇÃO Material - EPI (Touca, máscara e luvas); - Sacos plásticos atóxicos de diversos tamanhos; - Tesoura ponta romba, se necessário; - Fita hospitalar simples; - Seladora térmica; - Etiquetas; - Materiais a serem embalados. Descrição do procedimento - Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados (Gorro, máscaras, luvas); - Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos e todos os tamanhos de sistema de barreira estéril estão disponíveis e aptos para uso; - Realizar limpeza e desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;					



- Forrar a mesa/ bancada com campos de tecido ou não tecido descartáveis de cor clara para efetuar a inspeção e secagem dos materiais. Esses campos devem ser trocados sempre que estiverem molhados e/ou sujos;
- Inspeccionar os artigos antes do empacotamento com auxílio de lentes intensificadora de imagem de no mínimo 08 vezes para verificar limpeza, integridade e funcionalidade;
- Embalar os artigos desinfetados em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;
- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica, podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;
- Observar a termoselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou delaminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;
- Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote, data da desinfecção, data limite de uso, método de desinfecção e nome do responsável pelo preparo;
- Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

EMPACOTAMENTO DE MATERIAL CRÍTICO PRÉ ESTERILIZAÇÃO

Material

- EPI (Touca, máscara e luvas);
- Rolo grau cirúrgico diversos tamanhos;
- Caixas metálicas perfuradas;
- Não tecido (SMS), conhecido como manta de polipropileno, se disponível;
- Tyvec®, se disponível;
- Campos duplos de algodão;
- Tesoura ponta romba;
- Fita adesiva para autoclave (fita zebra);
- Fita hospitalar simples;
- Seladora térmica;
- Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico;
- Etiquetas;
- Carimbos próprios;
- Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos e de cor clara;
- Materiais a serem embalados.

Descrição do procedimento

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados (Gorro, máscaras, luvas);
- Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos e todos os tamanhos de sistema de barreira estéril estão disponíveis e aptos para uso;
- Realizar limpeza e desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- Forrar a mesa/ bancada com campos de tecido ou não tecido descartáveis de cor clara para efetuar a inspeção e secagem dos materiais. Esses campos devem ser trocados sempre que estiverem molhados e/ou sujos e a cada troca de plantão;
- Inspeccionar os artigos antes do empacotamento com auxílio de lentes intensificadora de imagem de no mínimo 08 vezes para verificar limpeza, integridade e funcionalidade;
- Proceder à conferência do quantitativo específico de cada bandeja de acordo com o catálogo da CME, antes de embalar com o invólucro apropriado;



- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, Tyvec, SMS, grau cirúrgico ou campo duplo de algodão) de acordo com o processo, o peso, a forma e tamanho do artigo:

Caixas Metálicas: Utilizar caixas metálicas perfuradas e recobertas com embalagens permeáveis na esterilização por vapor. Se não forem perfuradas, as caixas devem estar destampadas para facilitar a penetração do vapor e envoltos em papel grau cirúrgico;

Tecido de algodão: deve-se lavar antes do primeiro uso, para retirar o amido. Estabelecer o número máximo de reprocessamentos em cada instituição hospitalar. Desprezar os campos cirúrgicos que apresentarem remendos, perfurações e cerzimentos;

Papel Grau Cirúrgico: Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem. Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, a embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras. Colocar os itens embalados com concavidade voltadas para o papel. Colocar os pacotes nos cestos ou carros de rack e arrumá-los nas autoclaves. Colocar na montagem das cargas o papel em contato com o papel e o plástico com o plástico para facilitar a difusão do agente esterilizante;

Não tecido (SMS), conhecido como manta de polipropileno: Escolher a gramatura adequada do SMS, de acordo com o peso e a conformação do material a ser embalado;

Tyvec: Dar preferência para a embalagem tyvec com filme em uma das faces e impregnado com indicador químico de exposição. Regular a termosselagem numa temperatura inferior a do papel grau cirúrgico;

QUANTO AO USO DE CAIXA METÁLICA

- Acondicionar os instrumentais cirúrgicos em caixas de modo que ocupem, no máximo, 80% da capacidade do recipiente, se material para média cirurgia. Se kits pequenos, utilizar grau cirúrgico apenas e em tamanho adequado;
- Forrar com material absorvente o fundo das caixas como um tapete;
- Dispor os instrumentos, desmontados nas caixas cirúrgicas. Na existência de várias unidades do mesmo instrumental, agrupá-los por similaridade;
- Materiais perfurocortantes poderão receber capa de proteção em suas extremidades, preferencialmente, se for o único instrumental na embalagem, porém se o material tiver que ser transportado durante o processo, está indicado dupla embalagem;
- Posicionar os itens com concavidade, como as cúpulas, cuba rim, emborcados dentro das caixas e manter instrumentais com a extremidade curva, com a curvatura voltada para a tampa da caixa;
- Colocar artigos mais pesados no fundo da caixa, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves;
- Colocar indicador químico classe 5 ou 6 no centro geométrico de cada caixa, para recipientes rígidos, coloque o integrador em cantos opostos. Em recipientes com vários níveis, coloque o indicador no centro de cada nível;
- Identificar internamente a caixa com o nome, quantidade de instrumentos, data (dia, mês e ano) e nome do colaborador responsável pelo preparo, em fita adesiva não zebreada, se caixas cirúrgicas;
- Empacotar a caixa metálica com outro invólucro (tecido duplo algodão, grau cirúrgico, etc.);

QUANTO AO USO DE PAPEL GRAU CIRÚRGICO

- Avaliar a necessidade de utilização de embalagens duplas quando for o papel grau cirúrgico para empacotar os artigos pontiagudos, materiais flexíveis ou de pequenas dimensões;
- Posicionar os itens com concavidade, como as cúpulas, cuba rim, com a abertura voltada para parte de papel e manter instrumentais com a extremidade curva, com a curvatura voltada face plastificada do PGC;
- Obedecer a largura total de 6mm, na selagem térmica, podendo ser em linha simples, dupla ou até tripla e distante 3 cm da borda e do material;
- Observar a termosselagem que deve ser livre de fissuras, rugas ou delaminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote;

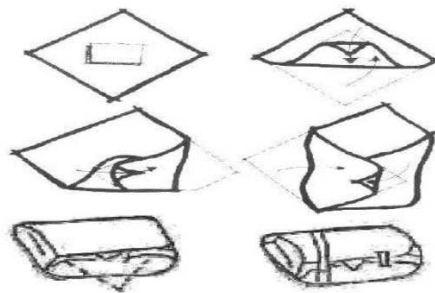
QUANTO AO USO DE TECIDO DUPLO DE ALGODÃO

- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebra), com largura de pelo menos 03 listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes de algodão tecido, SMS e papel crepado;

Técnica de envelope (Imagem 1):

- Colocar o campo em posição diagonal sobre a bancada, colocando o material no centro do campo;
- Pegar a ponta voltada para o operador e cobrir o material, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta;
- Repetir o procedimento com a outra lateral;

Imagem 1



FINALIZAÇÃO

- Identificar todas as embalagens externamente com uma fita adesiva ou etiqueta contendo as seguintes informações: nome do produto, número do lote, data da esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo;
- Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

EMBALAGENS MAIS UTILIZADAS NA UNIDADE POR PROCESSO, ARTIGO E VALIDADE

EMBALAGEM	PROCESSAMENTO/ARTIGO	VALIDADE
Manta (tecido duplo de algodão)	Esterização em alta temperatura / Caixas Cirúrgicas e Kits de Roupas Cirúrgicas	7 dias
Papel grau cirúrgico	Esterilização em alta temperatura / Instrumentais Avulsos, Kits Pinças, etc.	6 meses
Sacos Plásticos	Desinfecção Química ou Térmica / Kit's de aerosolterapia, Kits Venturi, Almontolias, Lâminas de Laringoscópio, etc.	15 dias

EMPACOTAMENTO DE CANETA DO BISTURI ELÉTRICO

- Testar o funcionamento da caneta antes de embalar;
- Embalar a ponteira em grau cirúrgico em pacote menor;



- Embalar a caneta enrolada em fita;
- Manter a ponteira embalada no mesmo pacote da caneta;
- Esterilizar a caneta em autoclave.

Observação

- Realizar esse processo após os passos descritos no POP.CME.005 RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO E SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS e após POP.CME.001 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS NÃO-CRÍTICOS e POP.CME.002 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMI CRÍTICOS. Assim como, realizar antes dos passos do POP.CME.003 ESTERILIZAÇÃO POR AUTOCLAVE;
- A limpeza dos produtos para saúde, seja manual ou automatizada, deve ser avaliada por meio da inspeção visual, com o auxílio de lentes intensificadoras de imagem, de no mínimo oito vezes de aumento, complementada, quando indicado, por testes químicos disponíveis no mercado;
- O CME e a empresa processadora devem utilizar embalagens que garantam a manutenção da esterilidade do conteúdo, bem como a sua transferência sob técnica asséptica;
- As embalagens utilizadas para a esterilização de produtos para saúde devem estar regularizadas junto à Anvisa, para uso específico em esterilização;
- 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;
- A selagem de embalagens tipo envelope deve ser feita por termoseladora ou conforme orientação do fabricante;
- Não é permitido o uso de caixas metálicas sem furos para esterilização de produtos para saúde;
- O CME que utiliza embalagem de tecido de algodão, deve possuir um plano contendo critérios de aquisição e substituição do arsenal de embalagem de tecido mantendo os registros desta movimentação;
- Não é permitido o uso de embalagens de tecido de algodão reparadas com remendos ou cerzidas e sempre que for evidenciada a presença de perfurações, rasgos, desgaste do tecido ou comprometimento da função de barreira, a embalagem deve ter sua utilização suspensa;
- É obrigatória a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas;
- O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso;
- O grau cirúrgico não pode ser reaproveitado porque torna-se impermeável ao agente esterilizante após uma esterilização;
- Não é recomendado escrever na parte de papel do invólucro, na impossibilidade colar de etiqueta na face do filme, fazer o registro na aba para abertura asséptica, área externa da selagem (parte voltada para o lado do filme evitando assim manipular o material para checagem da data);
- Data limite de uso do produto esterilizado: é prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;
- O tempo de vida de prateleira só deve ser considerado se a embalagem estiver íntegra. A perda da esterilidade de um material está associada a eventos relacionados. O usuário deve inspecionar visualmente a integridade da embalagem antes da abertura do pacote;
- Todas as canetas são identificadas com número controlado por planilha, data que foi colocado em uso e o registro "autoclave". Critério de descarte da caneta: rachadura da ponta, não funcionamento, danos na estrutura. Devem ser separadas e enviadas para o enfermeiro da CME para controle.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 – 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, Brasília, 2012.



3 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.
4 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.
5 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.
6 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.
7 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.CME.005	PÁGINA: 1 - 2
	RECEBIMENTO E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS NÃO-CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS	REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para CME.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o recebimento do material médico utilizado em procedimento e com potencial contaminação para posterior conferência e limpeza. Ato que precede ao preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e posterior distribuição.			
OBJETIVO Reduzir carga microbiana; Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica; Prevenir deterioração; Preservar o material; Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação; Oferecer artigos em perfeitas condições de uso; Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.			
NORMAS 1º MATERIAL VENTILATÓRIO (Todo material utilizado em vias aéreas, como máscaras, espaçadores, extensores, látex, etc) Material - EPI (Avental impermeável, óculos de proteção, face shield, touca, luva grossa cano longo); - Caixa de perfurocortante; - Lixeira para lixo contaminado; - 01 frasco detergente clorado; - 02 Buchas dupla face; - 01 Escova cerdas macias pequena (tipo escova de dentes infantil); - 01 Escova pequena cerdas leves (tipo escova de unha); - 01 Escova para material canulado com diâmetro de 10 mm; - 01 Escova para material canulado com diâmetro de 3 mm; - Água corrente.			



Descrição do procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir material necessário;
- Realizar paramentação dos EPI;
- Receber os materiais provenientes dos diversos setores;
- Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional, atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.). Descartar em caixa de perfurocortante;
- Desmontar o instrumental sempre que possível e friccionar os artigos sob água para evitar aerossóis de microrganismo ainda dentro da cuba da pia;
- Após pré-lavagem, manter o material antes do enxague do lado esquerdo da cuba;
- Realizar pré-lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente neutro, utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado;
- Em superfícies lisas dos materiais, sem sulcos e estrias, utilizar lado macio da bucha, friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- Em áreas com sulcos, estrias ou de difícil acesso, utilizar as escovas de cerdas macias pequena (tipo escova de dentes infantil) e escova pequena cerdas leves (tipo escova de unha), friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- Em material canulado, utilizar a escova própria de acordo diâmetro, friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente filtrada;
- Inspeccionar minuciosamente a limpeza, repetir o processo, se necessário;
- Colocar a direita da cuba da pia após o enxague;
- Encaminhar para área de desinfecção química;
- Realizar limpeza do setor (pia, parede ao redor da pia e cuba) com bucha, sabão neutro e água corrente;
- Borrifar hipoclorito 1% e deixar por 30 min, após esse tempo, realizar enxague.

Observação

- Apesar da limpeza, esses materiais estão potencialmente contaminados, devendo ser manuseados com cuidado;
- Deixar uma das buchas exclusiva para lavagem na pia;
- Sempre utilizar a pia da esquerda do expurgo para este tipo de material;
- Não utilizar jatos de água;
- Laringoscópio (lâminas) deve receber esse processo, porém, deve ser apenas higienizado com fricção de álcool a 70%. Já o cabo, deve ser limpo com detergente e pano úmido e não enxaguar, depois encaminhar para higienização com fricção de álcool a 70%.

2º INSTRUMENTAIS DE VIA PARENTERAL

(Todo material crítico, como pinças, cuba rins, afastadores, etc)

Material

- EPI (Avental impermeável, óculos de proteção, touca, luva grossa cano longo);
- Caixa de perfurocortante;
- Lixeira para lixo contaminado;
- 01 frasco detergente neutro;
- 02 Buchas dupla face;
- 01 Escova cerdas macias pequena (tipo escova de dentes infantil);
- 01 Escova pequena cerdas leves (tipo escova de unha);



- 01 Escova duo com cerdas dura (tipo escova de roupas);
- 01 Escovas de cabo longo cabeça estreita e cerdas média (tipo escova para azulejo);
- Solução de detergente enzimático diluída, conforme fabricante;
- Caixa plástica para imersão total do material na solução enzimática;
- Almotolia água oxigenada a 3% para limpeza de canulados;
- Água corrente.

Descrição do procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir material necessário;
- Realizar paramentação dos EPI;
- Receber os materiais provenientes dos diversos setores;
- Selecionar a solução de limpeza apropriada e diluir a solução de detergente enzimático conforme a orientação do fabricante (devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza);
- Realizar dentro da cuba da pia os procedimentos abaixo;
- Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional, atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.). Descartar em caixa de perfurocortante;
- Remover fitas adesivas dos materiais e bandejas;
- Limpar os instrumentais perfurocortantes separados dos demais;
- Desmontar o instrumental sempre que possível e realizar a pré-limpeza, podendo utilizar a escova duo com cerdas dura (tipo escova de roupas) para ajudar a remoção da sujidade grosseira;
- Realizar pré-lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente neutro, utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado;
- Em superfícies lisas dos materiais, sem sulcos e estrias, utilizar lado macio da bucha, friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- Aplicar água oxigenada 3% em canulados, se houver, e aguardar 10 minutos para posterior enxague;
- Em áreas com sulcos, estrias, articulações, serrilhas e cremalheiras ou de difícil acesso, utilizar as escovas de cerdas macias pequena (tipo escova de dentes infantil) e escova pequena cerdas leves (tipo escova de unha), friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- A cada material pré-lavado, deixar na bancada do lado direito, para posterior enxague;
- Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente;
- Abrir as pinças, exceto backaus para evitar acidentes e imergir todo o instrumental cirúrgico desmontado no detergente enzimático previamente diluído, mantendo a solução em contato com o instrumental o tempo determinado pelo fabricante, o qual estará numa caixa plástica a direita da cuba da pia;
- Lavar peça por peça com escova de cerdas firmes e não abrasivas, friccionando o corpo, as articulações e a cremalheira da pinça, na direção das ranhuras, por no mínimo 05 vezes, submersos na solução de detergente;
- Utilizar esponjas não abrasivas somente para friccionar superfícies lisas e extensas como bandejas, bacias e cubas;
- Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente, abrindo e fechando as articulações até remover a sujidade e o detergente;
- Inspecionar minuciosamente a limpeza, repetir o processo, se necessário;
- Colocar a esquerda da cuba da pia após o enxague;
- Encaminhar material para área de inspeção e secagem;
- Realizar limpeza do setor (pia, parede ao redor da pia e cuba) com bucha, sabão neutro e água corrente;
- Borrifar hipoclorito 1% e deixar por 30 min, após esse tempo, realizar enxague.

Observação



- Desprezar a solução de detergente enzimático após cada uso;
- Sempre utilizar a pia da direita do expurgo para este tipo de material.

3º MATERIAL NÃO CRÍTICOS

(Tais como aparadeiras, bacias, baldes, papagaios, frascos de aspiração, etc.)

Material

- EPI (Avental impermeável, óculos de proteção, touca, luva grossa cano longo);
- Caixa de perfurocortante;
- Lixeira para lixo contaminado;
- 01 frasco detergente neutro;
- 01 Bucha dupla face;
- 01 Escovas de cabo longo cabeça estreita e cerdas média (tipo escova para azulejo);
- 01 Escovas de cabo longo cabeça larga e cerdas média (tipo escova para azulesanitário);
- Água corrente.

Descrição do procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir material necessário;
- Realizar paramentação dos EPI;
- Receber os materiais provenientes dos diversos setores sem secreções;
- Separar os materiais cuidadosamente a fim de evitar danos como quedas ou acidente ocupacional, atentando para corpo estranho (lâmina de bisturi, agulhas e etc.). Descartar em caixa de perfurocortante;
- Realizar lavagem dos materiais com água filtrada e solução detergente neutro, utilizando escovas e esponjas compatíveis a cada material a ser processado;
- Em superfícies lisas dos materiais, sem sulcos e estrias, utilizar lado macio da bucha, friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- Em áreas com sulcos, estrias ou de difícil acesso, utilizar as escovas de cerdas macias pequena (tipo escova de dentes infantil) e escova pequena cerdas leves (tipo escova de unha), friccionando, por no mínimo 05 vezes, com detergente neutro até a limpeza completa;
- A cada material lavado, deixar na bancada do lado direito, para posterior enxague;
- Enxaguar rigorosamente os instrumentais em água corrente filtrada;
- Inspeccionar minuciosamente a limpeza, repetir o processo, se necessário;
- Colocar a esquerda da cuba da pia após o enxague;
- Encaminhar para área de desinfecção química;
- Realizar limpeza do setor (pia, parede ao redor da pia e cuba) com bucha, sabão neutro e água corrente;
- Borrifar hipoclorito 1% e deixar por 30 min, após esse tempo, realizar enxague.

Observação

- Sempre utilizar a pia da direita do expurgo para este tipo de material;
- A limpeza de produtos para saúde não críticos pode ser realizada em outras unidades do serviço de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 – 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, Brasília, 2012.



- 3 - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP. Recebimento e limpeza dos instrumentais e dos materiais no expurgo. POP 017. SUSADT- CME. Versão 00. Hospital de Campanha para enfrentamento ao Coronavírus. Governo de Goiás. Goiânia, 2020.
- 4 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.
- 5 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.
- 6 – Procedimento / Rotina. Limpeza e Desinfecção do Material Ventilatório em Termodesinfectora no Expurgo. POP.CME.019. Versão 01. Universidade Federal da Paraíba. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, 2020.
- 7 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.
- 8 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.
- 9 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO	CÓDIGO: POP.CME.006	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Técnico de enfermagem escalado para o CME.			
PERIODICIDADE Diariamente.			
MONITORAMENTO Enfermeiros plantonistas e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO São testes realizados para monitorar todo o processo de esterilização.			
OBJETIVO Identificar defeito nos equipamentos; Promover a garantia da esterilização; Garantir mais segurança nos procedimentos.			
NORMAS MONITORAMENTO MECÂNICO E FÍSICO Material - Impresso próprio pra registro; - Caneta esferográfica; - Autoclave. Descrição do procedimento - Conferir fornecimento de água para a autoclave em local específico; - Verificar vazamentos; - Conferir fornecimento de energia ligando a autoclave; - Ligar a autoclave de acordo manual de instruções e sem carga; - Verificar pressão, temperatura e tempo alcançados; - Verificar se tem vazamentos de água, pressão, calor acima do esperado ou faíscas elétricas; - Registrar intercorrências e comunicar ao enfermeiro: Data da ocorrência; Problema identificado no equipamento; Nome do enfermeiro a ser comunicado da ocorrência e responsável por solicitar a manutenção do equipamento; E-mail de solicitação de manutenção corretiva (imprimir o e-mail e anexar no livro); Nome do técnico e da empresa responsáveis pela execução da manutenção; Descrição do serviço realizado (anexar cópia da nota emitida pelo técnico); Resultado do teste biológico após o conserto (deverão ser realizados dois testes biológicos de 3 horas seguidos, sem carga, registrando a realização dos mesmos no livro de segurança da autoclave e no impresso padronizado para monitoramento químico e biológico); Parecer do enfermeiro após realização do processo de manutenção, autorizando o uso do equipamento se o problema for resolvido e os testes derem satisfatórios. Observação			



- A manutenção preventiva deverá ser feita respeitando o cronograma elaborado pela Engenharia Clínica da Secretaria Municipal de Saúde, e a corretiva sempre que necessário, devendo serem registradas no referido livro. A documentação fornecida pela empresa responsável pela manutenção preventiva também deverá ser anexada no mesmo, facilitando o acompanhamento do equipamento;
- A pressão ideal será de 1,2 kgf/cm para atingir temperatura de 121°C ou 2,2 kgf/cm para atingir temperatura de 135°C. Valores abaixo ou muito acima desses valores devem ser notificados;
- A temperatura ideal será de 30 minutos para um ciclo com pressão de 1,2 kgf/cm e temperatura de 121 °C e de 15 minutos para ciclo com pressão de 2,2 kgf/cm para atingir temperatura de 135°C;
- A escolha da pressão, temperatura e tempo supracitada irá depender do tipo de material a ser esterilizado.

MONITORAMENTO QUÍMICO

Material

- Indicador Químico Classe 1;
- Indicador Químico Classe 2 (*Bowie & Dick*);
- Integrador Químico Classe 5;
- EPI (luvas, toucas, máscara);
- Gazes;
- Campos.

Descrição do procedimento

Indicador Químico Classe 1:

- Deve sempre ser colocada na parte externa do pacote durante o processo descrito no POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO;
- Antes de esterilizar o indicador deve se apresentar na cor clara, normalmente rosada;
- Após esterilização, o indicador deve se apresentar escurecido, normalmente amarronzada.

Indicador Químico Classe 2 (*Bowie & Dick*):

- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI (Touca, máscara e luva);
- Preparar Pacote Teste com campos cirúrgicos, 100% algodão, 39 cm X 61 cm, dobrados, limpos, recentemente lavados e não calandrados ou passados a ferro;
- Dobrá-los de maneira uniforme em camadas, colocando-os um sobre o outro formando uma pilha de 25 a 28 cm de altura, 30 cm de comprimento e 23 cm de altura;
- Colocar a folha teste no centro geométrico do pacote;
- Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva;
- A quantidade de campos dependerá da altura do pacote. O Pacote deve pesar em torno de 4 quilos;
- Identificar o teste com nome, data e número do esterilizador;
- Utilizar indicador químico externo no pacote (fita-teste);
- Colocar o pacote no cesto ou rack do esterilizador, horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique de 10 cm a 20 cm sobre o dreno da autoclave;
- Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave ou esterilizar por 4 minutos a 134°C;
- Registrar o teste livro ata;
- Após o término do ciclo, abrir o pacote, retirar a folha e observar a mudança uniforme de cor na folha teste. A não uniformidade da cor do indicador no centro do teste indica presença de ar residual na câmara interna, evidenciando uma falha na autoclave. Neste caso o esterilizador deverá ser interditado e avaliado pelo técnico responsável;
- Identificar na folha do teste a data, hora, o número da autoclave, operador que realizou o teste e o resultado, arquivando este documento conforme rotina da instituição.



Integrador Químico Classe 5:

- Deve sempre ser colocada na parte interna da caixa metálica de cirurgia durante o processo descrito no POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO;
- Colocar em apenas um em cada caixa ou pacote de cada ciclo de esterilização;
- Realizar a leitura conforme manual da marca do integrador, podendo ser fornecida de maneira precisa e de fácil interpretação, pela mudança de coloração.

Observação

- Indicador Químico Classe 1 encontra-se na fita indicadora de esterilização que está presente nas bordas do papel grau cirúrgico ou fita zebreada para autoclave. Não utilizar o material se ela não estiver presente ou se não estiver escurecido;
- Indicador Químico Classe 2 (*Bowie & Dick*) trata-se de uma folha, de aproximadamente 12cm x 12cm com desenhos em labirinto feitos com tinta termocrômica, a qual verifica a remoção de ar nas autoclaves com pré-vácuo e assim garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais;
- Seguir as recomendações a partir da colocação do teste no rack caso o pacote teste de *Bowie & Dick* pronto uso seja utilizado pela instituição;
- Checar no manual do fabricante se o equipamento (autoclave) é de origem europeia ou americana antes de decidir o tipo de pacote *Bowie e Dick* que será utilizado em sua autoclave se teste *Bowie e Dick* padrão AAMI ou Norma européia);
- O teste *Bowie e Dick* deve ser feito diariamente no primeiro ciclo do dia, após o ciclo de aquecimento (antes da primeira carga processada); seguindo as orientações do fabricante da autoclave sobre o tempo, a temperatura e o uso correto do indicador;
- Integrador Químico Classe 5 este é designado para reagir a todos os parâmetros críticos de um ciclo de esterilização, dentro de uma faixa específica de temperatura, no processo de esterilização. Este integrador monitora a temperatura, o tempo mínimo de exposição e a qualidade do vapor, que deve ter pelo menos 95% de umidade, devendo ser realizado em todas as cargas.
- O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização;
- A carga só deve ser liberada para utilização após leitura de todos os indicadores.

MONITORAMENTO BIOLÓGICO

Material

- Ampola de indicador biológico;
- Incubadora ou banho maria que atinja temperatura ideal;
- EPI (luvas, toucas, máscara);
- Grau cirúrgico.

Descrição do procedimento

- Realizar de acordo com manual de instruções da marca do teste;
- Colocar ampola-teste dentro do pacote e fechar conforme descrito no POP.CME.004 PREPARO E EMPACOTAMENTO DE MATERIAIS ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO;
- Interpretar resultado de acordo manual de instruções da marca do teste;
- Registrar resultados em impresso próprio.

Observação

- O Indicador Biológico é um sistema que contém suspensão de esporos do tipo *Bacillus stearothermophilus* (autoclave). É uma preparação padronizada de esporos bacterianos de modo a produzir suspensões contendo em torno de 106 esporos por unidade de papel filtro. É o único meio capaz de assegurar que todas as condições de esterilização estão adequadas porque os microrganismos são testados quanto ao seu crescimento ou não, após a aplicação do processo;



- Deve ser utilizado diariamente, para validar os equipamentos de esterilização, após o teste de Bowie & Dick, ou quando disponível;		
FUNDAMENTAÇÃO		
1 – Regulamento interno.		
2 – 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, Brasília, 2012.		
3 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos. Hospital Getúlio Vargas. Governo do Piauí. Teresina, 2016.		
4 – Manual de Processos de Trabalho da Central de Materiais e Esterilização. 3ª edição. Hospital da Clínica da Unicamp. Campinas, 2015.		
5 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.		
6 - Central de Material e Esterilização. Manual Técnico. Fundação Hospitalar do Distrito Federal –FHDF. Brasília, 2000.		
7 – Manual Central de Esterilização – CME. Hospital regional do Sertão Central. Governo do Estado do Ceará. Quixeramobim, 2020.		
8 – Manual de Instruções. Autoclave Vital e Plus 12/21. Cristófoli Biossegurança. Paraná, 2015.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO APÓS O PARTO	CÓDIGO: POP.HIG.001	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Após nascimento e liberação pelo médico.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Procedimentos realizados na Clínica Obstétrica, o qual consiste na técnica de medição de parâmetros, higienização corporal e aplicação de medicamentos no mesmo, para posterior envio ao alojamento conjunto.			
OBJETIVO Identificar anomalias congênicas; Diminuir a colonização microbiana; Remover secreções maternas; Prevenir complicações por doenças inerentes ao nascimento.			
NORMAS Material - Compressas de pano; - Balança infantil; - Fita métrica; - Infantômetro; - Seringa de 1ml; - Agulha 20x0,55 - Ampola vitamina K; - Gazes; - Fraldas descartáveis; - Hastes flexíveis de plástico com algodão em suas extremidades (para limpeza em sujidade extrema na base do coto); - Solução fisiológica 0,9%; - Solução oftalmológica PVPI2,5% / Pomadas oftalmológica de eritromicina a 0,5% / tetraciclina 1% / Nitrato de Prata 1%; - Álcool a 70%; - Luvas de procedimento; - Cueiros; - Roupas do RN; - Folha anotação; - Caneta esferográfica.			

75



Descrição do procedimento

- Após nascimento e liberação pelo médico, levar o recém-nascido (RN) ao berço aquecido para cuidados, envolto com o campo estéril;
- Iniciar com a higiene;

HIGIENE DO RN

- Reunir e organizar os materiais necessários e preparar o ambiente;
- Ligar a balança infantil para procedimento posterior. Pedir todas a roupa do RN a ser usada e tarar a (toda roupa, fralda, cueiro e acessórios de cabeça, pés e mãos);
- Convidar os pais, e na impossibilidade destes, solicitar a presença do acompanhante do RN para participar observa;
- Orientar e explicar a puérpera e o(a) familiar/cuidador do RN sobre o procedimento, a finalidade e a sua importância com relação ao cuidado seguro;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar a limpeza de sangue e mecônio apenas com gazes e solução fisiológica 0,9%;
- Cabeça: iniciar pela cabeça, movimentos circulares e sem realizar esforço, trocar a gaze suja por uma limpa sempre que necessário;
- Enxugar e colocar imediatamente o gorro;
- Olhos: retirar o vérmix da região ocular com gaze seca ou umedecida com água, sendo contraindicado o uso de soro fisiológico ou qualquer outra solução salina e utilizar a técnica de higienização do canto externo para o canto interno do olho, visando estímulo do ducto lacrimal;
- Proceder pela limpeza do dorso, tórax, ventre e membros, se visualmente sujos;
- Curativo do coto umbilical: realizar a pré-higienização com álcool a 70% para remoção de sujidades. Utiliza-se álcool a 70%, gaze de haste de algodão flexível. Ver POP.HIG.003 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O COTO UMBILICAL DO RN NA CO;
- Higiene íntima neonatal: a remoção de fezes, se houver, com gazes embebidas com solução fisiológica, com movimentos únicos da região anterior para posterior;
- Colocar a fralda;
- Retirar material utilizado;
- Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Colocar novas luvas de procedimento e passar para próxima etapa.

PREVENÇÃO DA OFTALMIA GONOCÓCICA PELO MÉTODO DE CREDE.

- Com os olhos previamente limpos;
- Afastar as pálpebras e instilar uma gota de solução oftalmológica de PVPI 2,5% no fundo do saco lacrimal inferior de cada olho;
- A seguir, massagear suavemente as pálpebras deslizando-as sobre o globo ocular para fazer com que o PVPI 2,5% banhe toda a conjuntiva;
- Se o PVPI 32,5% cair fora do globo ocular ou se houver dúvida, repetir o procedimento;
- Limpar com gaze seca o excesso que ficar na pele das pálpebras;
- Passar para próxima etapa.

ANTROPOMETRIA

Estatuta

- Com o RN deitado no berço aquecido e sem vestimentas;
- Posicionar o infantômetro com a base totalmente aberta com a parte fixa voltada para a cabeça do recém-nascido e a parte móvel voltada para os pés.



- Solicitar que a mãe segure a cabeça do recém-nascido próxima à base fixa impedindo que o mesmo a mova (se houver possibilidade a técnica deve ser realizada com dois profissionais);
- Estender os membros inferiores do recém-nascido;
- Proceder à progressão da base móvel em direção aos pés do recém-nascido;
- Verificar a medida demarcada na régua através da subida da base ao encontro dos pés do recém-nascido;
- Puxar novamente a base móvel para baixo até que fique livre para ser retirada da mesa;
- Se o infantômetro não estiver disponível, utilizar uma fita métrica fixada na lateral do berço aquecido, medindo a criança da superfície da cabeça, até a planta do pé, utilizando a placa de acrílico móvel.

Perímetro cefálico

- Levantar a cabeça do recém-nascido com uma das mãos e com a outra;
- Passar a fita por trás da cabeça com a outra mão e trazê-la para frente até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada;
- A fita métrica deve passar pela protuberância occipital e pela região mais proeminente da fronte.

Perímetro torácico

- Levantar o tórax do recém-nascido suavemente e passar a fita por trás do mesmo e trazê-la a frente até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada;
- O perímetro torácico deve ser mensurado passando a fita métrica na altura dos mamilos.

Perímetro Abdominal

- Levantar o tórax do recém-nascido suavemente e envolver o abdômen com a fita, passando-o por trás do mesmo e trazendo para frente até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada;
- Para mensuração do perímetro abdominal, a fita métrica deve passar na altura da cicatriz umbilical.

Peso

- O peso deverá ser medido posteriormente, quando o RN estiver vestido com todas as roupas que anteriormente foram taradas na balança;
- Anotar valores encontrados em impresso próprio;
- Aplicar vitamina K conforme protocolo instituído ou prescrição médica.

PREVENÇÃO DO SANGRAMENTO POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA K.

- Aplicar Vitamina K conforme prescrito pelo médico ou de acordo protocolo instituído;
- Abrir ampola de Vitamina K utilizando técnica descrita no POP.PEQ.014 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO
- Aspirar 0,1 ml/1mg de Vitamina K;
- Aplicar por via intramuscular em Vasto Lateral, conforme descrito no POP.PEQ.008 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR;
- Vestir o RN por completo;
- Envolver o mesmo no Cueiro;
- Realizar a pesagem do RN;
- Realizar anotações;
- Encaminhar RN ao alojamento conjunto.

Observação

- A profilaxia de oftalmia gonocócica deve ser realizada na primeira hora após o nascimento, tanto no parto vaginal quanto cesáreo;
- O tempo de administração da profilaxia de oftalmia gonocócica pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento;
- Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia de oftalmia gonocócica, caso não tenha PVPI a 2,5%. A utilização de Nitrato de Prata (NP) a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de PVPI 2,5%, eritromicina ou tetraciclina;



- Valores da estatura, perímetros cefálico, torácico e abdominal devem ser em centímetros;
- Valores de peso devem ser em gramas;
- Higienizar todo equipamento com álcool a 70%;
- Tome cuidado para que os joelhos sejam estendidos somente até a extensão possível sem machucar a criança. Lembre-se de que nos casos de recém-nascidos e bebês muito prematuros é impossível estender os joelhos até o mesmo nível alcançado com crianças mais velhas, já que os primeiros têm estrutura mais frágil e podem ser mais facilmente machucados se for aplicada pressão em demasia em suas pernas. Portanto, o responsável pela medição deve aplicar apenas um mínimo de pressão sobre os joelhos da criança;
- Valores de referência:
 - Perímetro Cefálico (PC): 33 a 35 cm;
 - Perímetro Torácico (TC): 30 a 33 cm;
 - Perímetro Abdominal (PA): 28 a 31 cm.
- Se o perímetro cefálico apresentar valores menor que 33 cm, utilizar tabela comparativa entre idade gestacional e perímetro cefálico compatível. Caso alterado, notificar a criança para microcefalia e encaminhar para investigação.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.
- 3 - Lima RO, Esteves LD, Leite FM, Almeida MV, Amorim MHC, Bringuente ME, et al. Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. Revista Acta Paulista de Enfermagem. 2020;33:e-APE20190031.
- 4 - Procedimento Operacional Padrão - POP. Verificação de Medidas Antropométricas do Recém-nascido. POP N° 67. Divisão de Enfermagem. Maternidade-Escola da UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2021. Acesso em 05/06/2021. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_67_medidas_antropometricas_no_rn.pdf.
- 5 - Curso INTERGROWTH-21st. Consórcio Internacional de Crescimento Fetal e Neonatal para o Século XXI. Módulo 1 Avaliando as Dimensões do RecémNascido por Antropometria. Acesso em 06/06/2021. Disponível em: <https://www.gfmer.ch/omphi/intergrowth-course/pdf/Intergrowth-21st-Module1-Avaliando-as-Dimensoes-do-Recem-Nascido-por-Antropometria-2016.pdf>.
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus. Brasília, 2015.
- 7 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde – 2. ed. atual. Brasília, 2014.
- 8 – PAIVA, M. L., SILVA, W. G. N., TEIXEIRA, I. F. Avanços no tratamento da oftalmia neonatal / método Credé: Uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. V. 17. E. 54. Belo Horizonte, 2018.
- 9 - 5 - Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Produtos para Saúde. Versão 2021. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, 2021.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O BANHO DO RN NA CLÍNICA OBSTÉTRICA	CÓDIGO: POP.HIG.002	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE De 6 a 24 horas após o nascimento.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Procedimento realizado na Clínica Obstétrica, o qual consiste na técnica de higienização corporal do mesmo no sentido céfalo-podálico.			
OBJETIVO Diminuir a colonização microbiana; Remover secreções maternas; Envolver a família no cuidado, respeitando as questões estéticas, culturais e expectativas da família; Proporcionar a estimulação tátil e circulação sanguínea do RN, gerando conforto, relaxamento e bem estar.			
NORMAS Material - Berço do RN; - Frasco com sabão neutro; - Compressas de pano; - Cueiros; - Gazes; - Fraldas descartáveis; - Hastes flexíveis de plástico com algodão em suas extremidades (para limpeza em sujidade extrema na base do coto); - Álcool a 70%; - Luvas de procedimento; - Roupas do RN; - Termômetro para ambiente; - Lençol para o berço. Descrição do procedimento - Reunir e organizar os materiais necessários e preparar o ambiente, com temperatura em torno de 24° a 26°, de acordo com o termômetro de parede e se necessário ligar o aquecedor; - Convidar para o primeiro banho do RN os pais, e na impossibilidade destes, solicitar a presença do acompanhante do RN para participar do primeiro banho. O primeiro banho deverá ser realizado pelo profissional da Clínica Obstétrica;			



- Orientar e explicar a puérpera e o(a) familiar/cuidador do RN sobre o procedimento, a finalidade do banho e a sua importância com relação ao cuidado seguro;
- Demonstrar a técnica do banho e cuidados com a segurança do RN;
- Usar o sabonete neutro somente no primeiro banho, os banhos subsequentes são realizados somente com água;
- Encher a banheira do RN com água na temperatura de 36 à 37°, que deve estar agradável e testá-la com o dorso da mão ou cotovelo do profissional;
- Higienizar as mãos, calçar as luvas de procedimentos e vestir o avental plástico descartável;
- O banho do RN será realizado em duas etapas, respeitando o sentido céfalo-podálico;

1ª ETAPA:

- Higienizar as mãos
- Despir o RN, limpá-lo, caso necessário, se houver presença de fezes e urina;
- Colocar uma fralda limpa sobre a balança e tarar a mesma, para pesar o RN em seguida;
- Envolver e conter o RN em cueiro, a cabeça deve ficar fixa e descoberta;
- Lavar a cabeça do RN, com o auxílio de gaze e usar sabão líquido (PH neutro, sem aditivos de cor e cheiro) neste primeiro banho, nos subsequentes lavar somente com água;
- Proteger as orelhas com os dedos antes de utilizar água para lavar;
- Lavar a face com água pouca quantidade de sabão (fora da água);
- Secar a cabeça do bebê e face. Retirar enxugador;
- Retornar o RN à bancada para secar a cabeça, mantendo-o ainda coberto em cueiro;

2ª ETAPA

- Colocar o RN dentro da banheira com proteção do cueiro, retirando-o gradativamente, sendo exposto o lado anterior (abdome, tórax, membros superiores e inferiores) e terminado o lado posterior (dorso, genitália e Ânus) do corpo do RN, sempre lavar no sentido céfalo-podálico e da região menos contaminada para a mais contaminada;
- Ensaboar toda região dorsal com pouca quantidade de sabão, enxaguar;
- Realizar o ensaboamento com o bebê imerso.;
- A quantidade de água deve ser suficiente para imersão total do recém-nascido mantendo até o tórax a altura da água;
- Realizar a mudança de posição do RN de ventral para dorsal na banheira, procedendo com a higienização do tórax, abdômen, ensaboamento do coto umbilical;
- Mantendo o bebê com as mãos centradas, promover leves movimentos na água manter a imersão em média de 8 a 10 minutos;
- Retirar o bebê na posição ventral (enrolando-o);
- Secar o RN, limpar o coto conforme descrito no POP.HIG.003 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O COTO UMBILICAL DO RN NA CO;
- Vestir o RN;
- Comunicar a enfermeira a ocorrência de alterações observadas durante o banho do RN;
- Encaminhar a banheira para higienização com desinfetante padronizado na instituição;
- Higienizar as mãos;
- Realizar registros de enfermagem no prontuário.

Observação

- Adiar o banho caso o RN apresente hipotermia ou risco para hipotermia;
- O tempo para banho de leite ou imersão não deve ultrapassar 10 minutos, pelo risco de hipotermia;



- Respeitar o estado comportamental do recém-nascido: caso esteja em sono profundo, protestando ou chorando, esperar que acorde e consolá-lo completamente antes da realização do procedimento;
- Realizar o banho de 6 a 24 horas após o nascimento.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

3 – Lima RO, Estevam LD, Leite FM, Almeida MV, Amorim MHC, Bringuente ME, et al. Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. Revista Acta Paulista de Enfermagem. 2020;33:e-APE20190031.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Volume 4 – Brasília, 2011.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O COTO UMBILICAL DO RN NA CO	CÓDIGO: POP.HIG.003	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Logo após o nascimento e após primeiro banho.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Realizar a limpeza do coto umbilical do recém-nascido para remover secreções maternas, reduzir a colonização microbiana e manter boas condições estéticas pós cicatrização.			
OBJETIVO Acelerar o processo de mumificação e desprendimento do coto umbilical; Prevenir onfalite; Minimizar risco de lesões de pele no recém-nascido.			
NORMAS Material - Almotolia de álcool 70%; - Almotolia de clorexidina aquosa 0,2%, usados para os RNs em fototerapia; - Almotolia de Soro fisiológico 0,9% (para limpeza em sujidade extrema na base do coto); - Gazes e Hastes flexíveis de plástico com algodão em suas extremidades (para limpeza em sujidade extrema na base do coto); - Luvas de procedimento. Descrição do procedimento - Iniciar a higiene após colocar fralda limpa ou banho; - Realizar a higienização das mãos; - Orientar a puérpera e o (a) familiar/cuidador do RN sobre o procedimento; - Reunir e organizar os materiais necessários; - Calçar luvas de procedimento; - Avaliar o local de inserção do coto umbilical e região periumbilical, atentando para sinais flogísticos; - Abrir o invólucro das hastes flexíveis com algodão e das gazes; - Retirar uma das hastes flexíveis com algodão do invólucro, sem tocar na parte com algodão; - Umedecer as extremidades da haste em álcool 70%; - Evitar contato do álcool com a pele íntegra do RN, pois pode provocar dor e lesões; - Utilizar a mão não dominante para envolver a extremidade distal do coto com uma das gazes estéreis, elevando o mesmo delicadamente e mantendo-o nessa posição; - Utilizando uma das extremidades da haste, proceder à antisepsia da base do coto, com movimento circular único, girando a haste entre os dedos indicador e polegar; - Repetir o procedimento, utilizando a outra extremidade da haste;			



- Umedecer as extremidades de outra haste e realizar a antisepsia ao longo do coto, no sentido da base para a extremidade, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Umedecer as extremidades de outra haste e utilizar uma delas para realizar a antisepsia do clamp, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Soltar a extremidade do coto e segurá-lo pelo clamp, usando a outra gaze estéril;
- Utilizar a outra extremidade da haste para realizar a antisepsia da extremidade distal do coto, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Se a pele do RN estiver desvitalizada na base do coto deve-se intensificar a higiene na base do coto, explorando a área com o tracionamento da pele, utilizando a haste flexível de plástico com soro fisiológico 0,9% num movimento circular único sem retorno;
- Soltar o coto e colocar a parte inferior da vestimenta, se houver;
- Vestir o bebê;
- Assegurar que a criança esteja confortável e berço (grades elevadas);
- Descartar o material utilizado em local apropriado;
- Comunicar enfermeira e/ou equipe médica a ocorrência de alterações na região periumbilical e possíveis sinais flogísticos (calor, rubor e edema);
- Registrar em prontuário;

Observação.

- Para o RN em tratamento fototerápico, deve ser utilizado clorexidina aquosa a 0,2%, para limpeza do coto;
- Em caso de extrema sujidade na base do coto, utilizar soro fisiológico 0,9% e hastes flexíveis de plástico com algodão em suas extremidades;
- Oportunizar, que os pais/familiar cuidador do RN após orientação prévia, realizem o procedimento, estimulando as habilidades da família no cuidado;
- Orientar os pais/familiar cuidador do RN, sobre a higiene adequada das mãos, e de que não precisam usar luvas de procedimento para a limpeza do coto;
- Registrar características do coto umbilical a cada turno de trabalho, bem como a ocorrência de desprendimento e de anormalidades como sangramento, sinais flogísticos e outros;
- Conversar com a família sobre os cuidados com o coto umbilical e reconhecer crenças ou mitos relativos ao coto umbilical, respeitando os valores culturais de cada família;

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde – 2. ed. atual. Brasília, 2014.

4 - Protocolo Assistencial. Higiene coto umbilical. HU-UFJF/Ebserh, Juiz de Fora- MG, 2018.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP HIGIENE GERAL EM PACIENTE RESTRITO AO LEITO	CÓDIGO: POP.HIG.004	PÁGINA: 1 - 6
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Diariamente ou sempre que achar necessário.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de higiene de todas as partes do corpo (cavidade oral, cabelos e couro cabeludo, corpo e genitália) em pacientes restritos ao leito.			
OBJETIVO - Para fins terapêuticos; - Proporcionar bem-estar e higiene; - Estimular a circulação; - Oportunizar exercícios ativos/passivos; - Viabilizar a inspeção corporal e oportunizar educação para a saúde.			
NORMAS HIGIENE DA CAVIDADE ORAL Material - Espátula envolta em gaze; - Antisséptico oral; - Toalha de rosto; - Saco plástico para resíduos; - Sistema de aspiração montado (sondas de aspiração nº 10, nº 12 ou nº 14); - Hidratante labial (p. ex. ácidos graxos essenciais (AGE), glicerina, dexpanthenol creme 5%); - Copo descartável com água; - Cuba rim ou cuba redonda; - Equipamento de proteção individual; - Abaixador de língua. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS e calçar as luvas de procedimento; - Colocar o paciente na posição de <i>Fowler</i> (se possível) ou em decúbito lateral; - Colocar a toalha de rosto sob o queixo do paciente e protegendo a roupa de cama; - Adaptar a cuba rim ao lado do queixo do paciente; - Usar um abaixador de língua para abrir gentilmente a boca do paciente e deixe entre os molares posteriores;			



- A espátula com gaze com a solução antisséptica e proceder à limpeza dos dentes, gengivas, mucosas da bochecha e palato;
- Lavar a língua, usando a espátula;
- Proceder à aspiração da cavidade bucal;
- Hidratar os lábios (se necessário);
- Deixar o paciente confortável;
- Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
- Retire as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência prestada.

Observação

- A frequência da higiene oral está relacionada com a necessidade do paciente. A avaliação da equipe de enfermagem e/ou odontológica determinará a frequência necessária para a higiene oral;
- A solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% deverá ser utilizada para a cada 12 horas após a realização da higiene oral;
- Inspeccionar a cavidade oral, observando alterações na mucosa, na salivação, mobilidade dental, presença de cáries, sangramento, quantidade de dentes, edemas e presença de lesões. As alterações identificadas devem ser registradas e comunicadas a equipe de saúde (enfermeiro, médico e cirurgião dentista).

HIGIENE CABELO E COURO CABELUDO

Material

- Luvas de procedimento;
- Sabonete ou shampoo e condicionador (se necessário);
- Jarra com água morna;
- Balde;
- Bolas de algodão;
- Cobertor;
- Impermeável ou saco de plástico grande;
- Toalha de banho;
- Saco plástico para resíduos.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Reunir o material necessário;
- Deixar o material próximo ao paciente e na ordem que será utilizado;
- Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
- Fechar janelas (evitar corrente de ar);
- Calçar luvas;
- Preparar um rolo com cobertor simulando bacia e envolve-lo com o impermeável ou saco plástico com pequena abertura no fundo, formando um funil, para que o lado do escoamento da água fique dentro do balde;
- Forrar a cama com impermeável e toalha próxima ao local onde será realizado a técnica;
- Deixar uma toalha sob a cabeça do paciente afim de evitar que molhe o travesseiro;
- Posicionar o paciente na diagonal da cama (se possível), com a cabeça sobre o rolo do cobertor e um coxim sob as escápulas;
- Posicionar o balde para escoamento da água;
- Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão;

- Executar a lavagem do cabelo e couro cabeludo com o material disponível para essa finalidade;
- Enxaguar e secar os cabelos com a toalha ou secador (se disponível);
- Deixar o paciente confortável;
- Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

Observação

- Evitar que esorra sabão nos olhos;
- Lavar o cabelo ao menos uma vez por semana;
- Durante o procedimento investigar a presença de alterações no cabelo e/ou couro cabeludo.

BANHO NO LEITO

Material

- Luvas de procedimento;
- Esponja para banho (trouxinha);
- Almotolia com Clorhexidine degermante 4% e/ou sabonetes líquidos;
- Camisola ou pijama;
- Fralda;
- Hidrante para pele (p. ex. ácidos graxos essenciais – AGE);
- Toalhas de rosto e de banho;
- Jarro, bacias, balde, comadre;
- Roupas de cama para preparo do leito;
- Cadeira de banho (se necessário);
- Biombo;
- Hamper;
- Saco plástico para resíduos.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Calçar luvas;
- Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito;
- Proteger a unidade do paciente com biombos;
- Soltar a roupa de cama (começar pelo lado mais distante e retirar o travesseiro);
- Iniciar o banho pela lavagem do rosto (ensaboar o rosto, começando pelo lado mais distante, abrangendo toda face, orelhas, pescoço e nuca). Na sequência enxaguar e secar;
- Lavar os cabelos e couro cabeludo se tiver no dia, proceder conforme método descrito;
- Proceder à higiene oral conforme método descrito;
- Despir o paciente;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax, descer o lençol em leque até a região pubiana e deixar os braços do paciente sobre a toalha;
- Lavar e enxaguar os membros superiores (iniciar sempre pelo membro mais distante e depois no mais próximo, iniciando sempre a lavagem pela extremidade distal);
- Oferecer bacia com água morna e solicitar que o paciente lave as mãos (se necessário realize a lavagem das mãos do paciente);
- Solicitar que o paciente coloque as mãos sob a cabeça (ou solicite alguém que segure);



- Lavar, enxaguar e enxugar as axilas do paciente (iniciar pela mais distante);
- Lavar, enxaguar e enxugar o tórax. Nas mulheres, atentar-se a higiene na base dos seios, especialmente em mulheres obesas (manter o local seco e hidratado);
- Colocar a toalha sobre os membros inferiores;
- Lavar, enxaguar e secar o membro inferior mais distante e em seguida o proximal (iniciar pela coxa, seguindo joelho e pernas, depois o pé);
- Movimentar o paciente para decúbito lateral;
- Colocar a toalha sob as costas e abaixar o lençol;
- Lavar, enxaguar e secar o tronco e as nádegas;
- Colocar as roupas de cama conforme técnica descrita para preparo do leito;
- Movimentar o paciente para decúbito dorsal;
- Colocar a toalha de banho e a comadre sob a região glútea;
- Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente;
- Disponibilizar material para o paciente realizar a higiene íntima, ou se necessário, você deve realizá-la (incluindo a região pubiana), conforme descrito;
- Retirar a comadre e a toalha;
- Se necessário colocar fralda no paciente;
- Trocar de luvas;
- Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral;
- Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;
- Retirar a roupa suja e despreza-la no hamper;
- Terminar a arrumação do leito;
- Hidratar a pele do paciente;
- Vestir o paciente;
- Pentear os cabelos do paciente;
- Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado;
- Colocar protetores de calcâneos
- Terminar o preparo do leito conforme técnica descrita;
- Oferecer e/ou utilizar materiais de cuidado com pele do paciente;
- Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência prestada.

Observação

- Durante o banho manter a temperatura da água adequadamente (realize a troca de água sempre que necessário);
- A higiene oral deve ser realizada antes do banho, caso não tenha sido realizada;
- As unhas devem ser cortadas e limpas;
- Estimular o paciente a participar do cuidado. Caso ele consiga realizar banhar-se, deixar o que faça.
- Avaliar as condições de pele e anexos, a função motora, circulatória, respiratória e nutricional do paciente;
- Tomar precauções quanto aos riscos de acidentes e quedas;
- Manter a pele do paciente hidratada;
- Para evitar infecções em âmbito hospitalar, as bacias devem ser lavadas e desinfetadas com solução alcoólica 70%;
- Atentar-se aos cuidados em relação ao uso de dispositivos (sondas, cateteres, dentre outros) e as restrições do paciente;



- Caso as condições do paciente não permitam o banho completo diariamente, realizar ao menos a lavagem do rosto, dos braços, das axilas, da região dorsal e dos órgãos genitais.

HIGIENIZAÇÃO DA GENITÁLIA EXTERNA FEMININA E MASCULINA

Material

- Luvas de procedimento;
- Gaze;
- Almotolia com sabonete líquido;
- Toalha de banho;
- Bacias;
- Impermeável (caso não tenha na cama);
- Jarro com água morna;
- Comadre;
- Biombo (se necessário);
- Saco plástico para resíduos.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Reunir o material necessário;
- Deixar o material próximo ao paciente e na ordem que será utilizado;
- Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
- Colocar o biombo e zelar pela privacidade com paciente;
- Manter o ambiente em temperatura agradável;
- Calçar as luvas;
- Forra a cama sob a região pélvica do paciente com o impermeável e uma toalha;
- Posicionar a comadre sob o paciente e posicioná-la próxima à região genital;
- Se o paciente conseguir realizar a higiene sozinho, oferecer o material necessário, orientá-lo;
- Colocar pano ou gaze na região inguinal para evitar que água escorra, molhando o leito;
- Molhar e ensaboar a genitália da região pubiana em direção à região anal, sem retornar para a região limpa (movimento unidirecional);
- Utilizar água morna (observar a temperatura da água para não queimar o paciente);
- Enxaguar abundantemente;
- Secar a região (movimento unidirecional);
- Deixar o paciente confortável;
- Providenciar a limpeza, a ordem do ambiente e do material;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência prestada.

Observação

- A higiene íntima pode ser realizada individualmente ou durante o banho no leito em momento já descrito;
- Higiene íntima feminina:
- Para facilitar a execução da técnica, priorizar a posição ginecológica;
 - Por se tratar de uma região sensível proceder à higiene da vulva com delicadeza;
 - Evitar exposição do paciente.



Higiene íntima masculina: -Atentar-se a higiene do prepúcio e da glândula; -Retrair o prepúcio para expor a glândula para melhor higienização, conforme material descrito acima, secar e voltar delicadamente o prepúcio sobre a glândula para evitar edema na região.		
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno. 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE. 3 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCÓOLICA	CÓDIGO: POP.HIG.005	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 02/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Antes e depois de qualquer procedimento, quando estas NÃO estiverem visivelmente sujas.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre o procedimento para higienizar com preparação alcóolica as mãos antes de cada procedimento.			
OBJETIVO Reduzir a microbiota transitória e prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.			
NORMAS Material - Almotolia ou dispensador de preparação alcóolica em gel a 70%. Descrição do procedimento Ação de enfermagem Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microrganismos não removidos com a lavagem das mãos; Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante); Friccionar as palmas das mãos entre si; Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; Friccionar as palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa; Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando- se movimento circular e vice-versa; Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa; Friccionar até secar espontaneamente. Não utilizar papel toalha; Duração do Procedimento: 20 a 30 segundos. Observação - Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho; - Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato como paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente; - Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais; - Evite espirrar, pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas			



Em casos de contaminação, repetir procedimento.		
FUNDAMENTAÇÃO		
1 – Regulamento interno.		
2 - 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). Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
02/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO E ÁGUA	CÓDIGO: POP.HIG.006	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 02/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Antes e depois de qualquer procedimento.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre o procedimento para higienizar as mãos com sabonete líquido e água antes de cada procedimento.			
OBJETIVO Remover a sujidade e outros resíduos, reduzir a microbiota transitória e prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.			
NORMAS Material - Pia; - Papel toalha; - Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.			
Descrição do procedimento Ação de enfermagem - Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento; - Retirar adornos; - Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário; - Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma; - Abrir a torneira; - Molhar as mãos; - Fechar a torneira; - Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos; - Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos; - Palma contra palma; - Palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos; - Palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos; - Palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais; - Parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem; - Rotação dos polegares direito e esquerdo;			



- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- Abrir a torneira;
- Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
- Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato como paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;
- Evite espirrar, pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas;
- Em casos de contaminação, repetir procedimento.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias 1: Higienização das mãos. In: _____. Estratégias para segurança do paciente – Manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2013;
- 3 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Elaborado pela Equipe técnica da ANVISA. Brasília, 2013;
- 4 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012;
- 5 - BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32): Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.
- 6 - NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTS/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). Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Atualizada em 31/03/2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	02/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO	CÓDIGO: POP.HIG.007	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Antes de qualquer procedimento cirúrgico.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Higienização específica das mãos com degermante, de maneira mais eficaz que o procedimento simples.			
OBJETIVO Eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias; Proporcionar efeito residual na pele dos profissionais.			
NORMAS Material - Água de torneira; - Esponja estéril impregnada ou não com degermante, - Antisséptico degermante; - Compressa estéril. Descrição do procedimento Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante - Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos; - Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de esponja impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; - Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, sob a água corrente; - Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos; - Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor; - Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas. Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool - Lave as mãos com sabonete líquido e água ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara; - Use para preparo cirúrgico das mãos um produto à base de álcool (PBA), seguindo cuidadosamente as Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto Alcoólico - OMS, antes de cada procedimento cirúrgico;			



- Caso tenha qualquer resíduo de pó/falco ou fluidos corporais ao remover as luvas após a cirurgia, lave as mãos com sabonete líquido e água.

Observação

- Com antisséptico degermante: Deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção. - Com PBA: Seguir sempre o tempo de duração recomendado pelo fabricante do PBA. Toda a sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços cotovelos) leva em média 60 segundos. Deve-se repetir esta sequência o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA, podendo ser 2 ou 3 vezes;
- Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos;
- É proibido o uso de unhas artificiais;
- Manter unhas curtas;
- Depois de executar a degermação cirúrgica, manter as mãos longe do corpo (cotovelos em posição flexionada), de modo que a água esorra das pontas dos dedos em direção aos cotovelos. Secar as mãos com uma compressa estéril e vestir avental e luvas estéreis;
- Manter o leito ungueal e subungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujidade;
- Evitar o uso de escovas por lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele; se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - GRAMONT, K. Enfermagem Cirúrgica. NT Editora. Brasília: 2016. 182p.
- 3 - Procedimento Operacional Padrão. Higienização Das Mãos. POP/CCIH/001/2015. Revisado em 2017. 2ª Revisão em 2019.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP LIMPEZA DA GELADEIRA	CÓDIGO POP.HIG.008	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 02/2021
COMPETÊNCIA Técnico de Enfermagem escalado para o CME.			
PERIODICIDADE A cada 15 dias ou quando a camada de gelo estiver maior que 0,5 cm e sempre que apresentar sujidade visível.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre o procedimento para higienizar a geladeira de uso para termolábeis.			
OBJETIVO Manter a geladeira limpa, na temperatura ideal, sem prejuízo da conservação e armazenamento de imunobiológicos, soros, medicamentos termolábeis, a fim de prevenir/reduzir eventos adversos relacionados à assistência.			
NORMAS - Os medicamentos deverão ser retirados da geladeira e transferidos para a caixa térmica/isopor com termômetro específico para verificação da temperatura; - A temperatura da geladeira e da caixa térmica deverá ser mantida entre +2 e +8 °C; - O responsável pela limpeza deverá providenciar: luvas de procedimentos, organizar a caixa térmica/isopor com gelo reutilizável rígido, termômetro para controle da temperatura interna, compressas ou panos limpos, bacia com água limpa, balde, pano de chão, sabão líquido neutro, fichas de controle de limpeza e de registro de controle da temperatura; - O funcionário escalado deverá preparar a caixa térmica/isopor cobrindo as paredes internas com gelo reutilizável rígido e colocar o sensor do termômetro na parte central da mesma e aguardar que atinja temperatura entre 2º a 8°C para transferir os medicamentos ou soluções. Neste momento de transferência o funcionário deverá olhar a validade e integridade dos medicamentos e soluções; - A geladeira de medicamentos somente poderá ser desligada após a transferência dos medicamentos e soluções ali armazenados para a caixa térmica/isopor.			
AGENTE	AÇÃO	NÃO CONFORMIDADE	
Técnico ou auxiliar de enfermagem.	Verificar a integridade e limpeza da caixa térmica/isopor.	Caso a integridade da caixa esteja comprometida informar ao RT de enfermagem. Em caso de sujidades realizar a limpeza da caixa antes de organizá-la.	
	Organizar a caixa térmica/isopor com o gelo reutilizável rígido e termômetro.		
	Aguardar a climatização da caixa térmica/isopor		
	Anotar na ficha de controle diário de temperatura da geladeira de medicamentos	Caso o termômetro não esteja funcionando, entregar ao RT de	



	a data, a hora e os dados solicitados antes do descongelamento e limpeza.	enfermagem para providenciar a reposição.
	Transferir os medicamentos e soluções da geladeira para a caixa térmica/isopor quando a temperatura estiver entre 2° a 8°C, atentando para verificar a integridade e validade dos medicamentos e soluções.	
Técnico ou auxiliar de enfermagem.	Desligar a geladeira da rede elétrica e aguardar o descongelamento	
	Colocar pano de chão próximo a porta da geladeira para evitar que a água escorra pelo piso	
	Calçar luvas de procedimento, recolher com auxílio de compressa ou pano limpo e de um balde o excesso de água acumulado no fundo da geladeira.	
	Após o descongelamento, lavar a geladeira por dentro e por fora com água e sabão líquido neutro usando uma compressa ou pano limpo.	
	Trocar as luvas de procedimento e secar a geladeira de dentro para fora	
	Colocar o gelo reutilizável rígido no congelador e ligar a geladeira na rede elétrica.	
	Realizar a desinfecção do termômetro com uma compressa embebida com pequena quantidade de álcool 70% e friccionar três (3) vezes em toda a superfície e extensão do cabo, inclusive no sensor (bulbo) deixando secar espontaneamente.	
	Introduzir o termômetro no interior da geladeira pelo lado de fixação das dobradiças da porta com o posicionamento de seu sensor (bulbo) verticalmente na parte central da segunda prateleira.	
	“Resetar” o termômetro.	
	Anotar na ficha do controle diário da temperatura da geladeira a data e horário.	
	Aguardar a temperatura ideal da geladeira para retornar os medicamentos e soluções.	Caso a geladeira não atinja a temperatura ideal (2° a 8°C) após higienização, comunicar ao enfermeiro da unidade para solicitar pedido de manutenção.
	Realizar o registro da limpeza e descongelamento no local específico da ficha de controle de temperatura da geladeira.	
RT de enfermagem	Conferir a limpeza e a guarda dos medicamentos e soluções.	



	Conferir a temperatura da geladeira e o registro nas fichas.	
	Identificar os fatores contribuintes ao erro e eventos adversos	Se identificado tomar ações preventivas e propor educação em serviço. Notificar a Coord. VIEP as não conformidades que possam acarretar em eventos adversos.
FUNDAMENTAÇÃO 1 - Regulamento interno; 2 - Rotina Operacional Padrão (ROP). Limpeza da Geladeira de Medicamentos. ROP: ENF-REG/02. Revisões: 02. Divisão de Enfermagem. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2016.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
02/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ORIENTAÇÕES BÁSICAS DA HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	CÓDIGO: POP.HIG.009	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 06/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Diariamente			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Orientações para todos os profissionais seguirem em relação a sua higiene.			
OBJETIVO Garantir a higienização pessoal, o bem-estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.			
NORMAS Higiene pessoal - Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal. Cuidados com os cabelos - Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo, pois seu objetivo é a proteção dos cabelos. Cuidado com as unhas - As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujeira fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos. Cuidados com o uniforme Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional. Cuidados com os sapatos Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés. Adornos - Não é permitidos adornos, tais como: pulseiras e anéis.			
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno.			



2 - ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP TROCA DE FRALDA	CÓDIGO: POP.HIG.010	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Durante o banho ou sempre que necessário.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados a necessidade humana básica de higiene e conforto.			
OBJETIVO Promover higiene e conforto ao paciente; Prevenir lesões e infecções.			
NORMAS NO PACIENTE ADULTO Material - Fralda tamanho adequado; - Luvas de procedimento; - Saco de lixo; - Panos úmidos e panos secos; - Pomadas para assaduras ou AGE (Ácidos graxos essenciais). Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Reunir o material necessário; - Explicar o procedimento ao paciente e familiar; - Calçar luvas; - Retirar a fralda suja; - Proceder a limpeza de toda a região perianal com pano úmido, sempre na mesma direção (anterior para posterior); - Enxugar a região com pano seco; - Aplicar pomada vitaminada; - Colocar fralda limpa; - Trocar roupa de cama se necessário; - Colocar a roupa do paciente; - Retirar luvas;			



- Higienizar as mãos;
- Registrar eliminações.

NO PACIENTE PEDIÁTRICO

Material

- Luvas de procedimento;
- Fralda descartável de tamanho apropriado ao peso do RN, previamente pesada;
- Algodão umedecido em água morna;
- Roupas limpas (se necessário).

Descrição do procedimento

- Reunir o material;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Despir o RN somente nos membros inferiores, caso esteja de roupa;
- Abrir a fralda usada com cuidado observando o aspecto das eliminações, se presente ou não;
- Realizar higiene da genitália, sempre na mesma direção (anterior para posterior), com algodão umedecido em água morna;
- Secar a genitália e colocar a fralda limpa lateralizando o RN. NUNCA elevando suas pernas com consequente elevação dos quadris;
- Vestir o RN, se necessário;
- Posicioná-lo no leito confortavelmente;
- Pesar a fralda, caso tenha somente urina;
- Descartar o material utilizado;
- Retirar luva e realizar a higienização das mãos;
- Registrar a quantidade e aspecto das eliminações e a integridade da pele.

Observação

- A troca de fralda deve ser realizada sempre que necessário;
- A troca de fraldas de rotina deve ser realizada SEMPRE antes da dieta, a cada 3 horas nos recém-nascidos que estiverem recebendo dieta nesse mesmo intervalo de tempo ou a cada 4 horas naqueles que estiverem recebendo dieta em um intervalo de 2 em 2 horas ou de 4 em 4 horas;
- Caso esteja no horário da dieta, o profissional deverá primeiro trocar a fralda, higienizar as mãos com álcool a 70% e trocar as luvas para a realização da dieta, evitando a contaminação do leite;
- Procurar não elevar as pernas do RN, para evitar pressão abdominal que favorece o refluxo gastroesofágico e/ou broncoaspiração. A melhor maneira de trocar a fralda é lateralizando o bebê;
- O uso profilático de pomadas é contraindicado, pois favorece a colonização da pele. Em caso de lesão aparente, comunicar ao enfermeiro para avaliação clínica e posterior indicação terapêutica, juntamente com a equipe médica;
- O peso da fralda fornece a informação sobre a quantidade de urina presente em gramas. O resultado obtido deverá ser descontado o peso da fralda seca e a diferença deve ser registrada na folha de balanço, na coluna diurese;
- É importante aproveitar o momento de troca de fraldas para orientar os pais sobre os cuidados de higiene com seu filho, preparando-os para alta hospitalar. Sempre que possível permitir que a mãe execute o procedimento sozinha, sob supervisão e apoio da enfermagem;
- Nos casos dos recém-nascidos prematuros é necessário que se diminua o tamanho da fralda de forma manual ou que se obtenha uma marca de fralda que seja menor do que as que habitualmente utilizamos para que se evite uma abdução constante e postura inadequada dos membros inferiores.

FUNDAMENTAÇÃO



1 – Regulamento interno. 2 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019. 3 - Procedimento Operacional Padrão - POP. Troca de fralda. POP N° 18. Divisão de Enfermagem. Maternidade-Escola da UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2021. Acesso em 06/06/2021. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_18_troca_de_fralda.pdf		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR	CÓDIGO: POP.MON.001	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração dos níveis glicêmicos do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre ao procedimento de se medir a glicemia através de punção capilar através de lanceta.			
OBJETIVO Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital através de fita reagente com leitura visual; Controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo; Avaliar possíveis causas de hipotímia, desmaios e convulsões (estados de hipo e hiperglicemia podem provocar tais situações).			
Material - Equipamentos de proteção individual: Luvas de procedimento; - Cuba rim ou bandeja retangular; - Algodão; - Álcool a 70%; - Lanceta estéreis; - Glicosímetro; - Fitas reagentes, específica do aparelho utilizado no momento; - Descartex; - Caneta e papel ou prescrição do paciente, para anotação do resultado encontrado.			
Descrição do procedimento PROCEDIMENTO NO ADULTO - Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; - Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material; - Certificar-se se a fita reagente está na validade; - Higienizar as mãos; - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;			



- Reunir o material e levar próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;
- Realizar o rodízio dos locais de punção;
- Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- Comprimir o local com algodão seco;
- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- Informar o resultado do teste ao paciente e/ou acompanhante;
- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

PROCEDIMENTO EM RECÉM-NASCIDO

- Confirmar a prescrição médica e os dados do paciente para realização do procedimento;
- Orientar os pais sobre o procedimento;
- Higienizar mãos e colocar as luvas;
- Realizar intervenção não farmacológica para analgesia;
- Expor e aquecer o pé para aumentar a vascularização;
- Escolher o local da punção. Nunca utilizar o centro do calcanhar;
- Envolver a região do calcâneo com a palma da mão e o dedo indicador;
- Fazer uma rápida punção com lanceta. Evitar punções excessivamente profundas;
- Aproximar a tira reagente ou o tubo capilar da gota de sangue formada;
- O sangue deve fluir sem que a área do calcanhar perfurada seja espremida;
- Após a coleta, comprimir o local da punção com gaze até promover completa hemostasia;
- Desprezar as luvas e higienizar as mãos;
- Higienizar o glicosímetro com solução desinfetante padronizada pela instituição;
- Registrar os valores da glicemia no prontuário e comunicar alterações.

Observação

- Qualquer contaminação da ponta do dedo com sujeira, líquidos ou alimentos (açúcar, suco de frutas...) pode afetar as leituras de glicemia. Pontas de dedo limpas e secas são pré-requisitos para um teste ideal;
- Resultados abaixo de 60 mg/dl são considerados hipoglicemia e acima de 140 mg/dl após 2 horas das refeições são considerados hiperglicemias. Tais resultados em geral estarão acompanhados por sintomatologia característica e caso isso não esteja ocorrendo, deve-se suspeitar de erro na leitura do teste;
- Os resultados considerados normais: - glicemias em jejum entre 70 a 130 mg/dl - glicemias pré-prandiais até 140 mg/dl - glicemias pós-prandiais até 180 mg/dl;



- A hipoglicemia pode ser definida como níveis de glicose plasmática inferiores a 45mg/dl ou do sangue total abaixo de 40mg/dl em RN a termo ou RN prematuros. E a hiperglicemia pode ser definida como valores de glicemia plasmática superiores a 145mg/dl;
- Reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia que diferenciam de indivíduo para indivíduo (em geral apresenta sudorese intensa, pele fria e pegajosa). Taxas abaixo de 60 mg/dl são perigosas, podem levar ao coma ou até a morte quando prolongada, mais rapidamente que em estados de hiperglicemia;
- Clientes com baixa perfusão capilar podem necessitar de estratégias de cuidados para melhorar a perfusão e melhorar a amostra necessária. Aquecer a mão do cliente, posicioná-la abaixo da linha do coração, pedir para esfregar as mãos também auxilia no aumento do fluxo do local;
- Aproveitar o momento da verificação da glicemia para treinar o indivíduo a automonitorização (quando da indicação);
- Erro na leitura por insuficiente quantidade de sangue, mais de uma punção até se conseguir a amostra necessária, são situações comuns, em geral ocasionadas pelo medo do profissional tem de machucar o cliente. Lembrar-se de que repetidas punções superficiais doem mais que uma única punção realizada adequadamente e, em decorrência da dor, fazem com que o cliente fique resistente ao cuidado e pouco cooperativo, além de ser estressante, podendo alterar o resultado;
- Em pacientes com precaução de contato, o glicosímetro deverá estar protegido;
- Verificar a compatibilidade entre o número do "chip" /código com o número do lote da fita utilizada;
- Erro na leitura do exame: verificar o código de erro e seguir as orientações do fabricante do aparelho;
- Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas;
- Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2012.

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

4 - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Protocolos de Enfermagem sob consulta pública - Manual de Procedimentos em Enfermagem (Abril/Maio). Brasília, DF: COREN – DF; 2014.

5 – HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.

6 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.MON.002	PÁGINA: 1 - 2
	MONITORIZAÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO COM OXÍMETRO DE PULSO	REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração da saturação de oxigênio arterial do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre ao procedimento para monitorar a saturação de oxigênio no sangue através de sensor não-invasivo.			
OBJETIVO Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva.			
NORMAS Material - Aparelho de Oximetria de pulso; - Bolas de algodão; - Removedor de esmalte S/N. Descrição do procedimento Locais de colocação do aparelho: - Extremidade das mãos (quirodáticos) – falange distal; - Lóbulo das orelhas. Técnica procedimental: - Realizar a higienização das mãos; - Explicar o procedimento ao paciente; - Verificar se as unhas estão sem esmalte e dedos limpos e secos; - Verificar se o lóbulo auricular está livre de acessórios (brincos); - Realizar a desinfecção do sensor com álcool a 70%; - Colocar o sensor adequado na polpa digital dos dedos do membro superior ou inferior ou lóbulo auricular; - Aguardar a apresentação do valor no painel do oxímetro; - Não exercer pressão sobre o dedo; - Orientar o paciente quanto a não bater com o oxímetro em superfícies duras ou balançar o mesmo durante a verificação; - Realizar a higienização das mãos;			



- Registrar o procedimento na ficha do paciente, comunicando eventuais anormalidades. Em caso de anormalidade - Valores diferentes da referência e alterações de saturação de oxigênio, comunicar o Enfermeiro. Valores Normal: >94% Comunicar ao médico valores inferiores a 95% Observação - Utilizar cabo adequado de acordo com a idade; - Os valores da oximetria de pulso podem apresentar valores que não condiz com o valor real em situação que o paciente esteja em hipotensão e com arritmias.		
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno. 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE. 3 - SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 10ª. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR
		06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		CÓDIGO: POP.MON.003	PÁGINA: 1 - 4
	REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA / MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem e médicos.				
PERIODICIDADE Conforme solicitação médica ou conforme protocolo estabelecido.				
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.				
DESCRIÇÃO O Eletrocardiograma (E.C.G.) é o registro extracelular das variações do potencial elétrico do músculo cardíaco em atividade.				
OBJETIVO Registrar as alterações no ritmo cardíaco do paciente para detectar doenças cardíacas. Monitorar o paciente grave afim de identificar anomalias que necessitam de intervenções de emergência.				
NORMAS Material - Computador conectado à internet e com aplicativo para emissão de laudos; - Eletrocardiógrafo ou monitor multiparâmetros; - Eletrodos descartáveis ou reutilizáveis; - Clorexidina alcoólica 0,5%; - Frasco de almotolia com álcool a 70%; - Gaze; - Caneta; - Toalha de papel; - Lâminas de barbear descartáveis, tesoura; - Tricotomizador (se disponível); - Equipamento de Proteção Individual. Descrição do procedimento - Realizar higienização das mãos; - Verificar solicitação médica; - Conferir o material necessário para a realização do exame; - Verificar condições do aparelho; - Comunicar a equipe de enfermagem sobre a realização do exame ECG; - Explicar ao paciente como será realizado o exame; - Solicitar que retire adornos (anéis, cinto, pulseiras, etc); - Posicionar o paciente em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado;				

- Limpar a pele do paciente com Clorexidina alcoólica 0,5%, higienizando o local de contato com os eletrodos, se necessário;

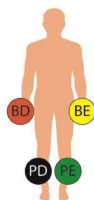
- Certificar que não há contato do corpo do paciente com partes metálicas do leito;

- Verificar se o cabo dos eletrodos está devidamente conectado;

Em caso de ECG por eletrocardiógrafo com 12 derivações em POSIÇÃO SUPINA:

- Fixar os eletrodos na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas, evitando proeminências ósseas.

RA – braço direito - fio vermelho
LA – braço esquerdo - fio amarelo
RL – perna direita - fio preto
LL – perna esquerda - fio verde



- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais;

- Atentar para posicionamento adequado;

V1 - 4º espaço intercostal, no bordo direito do esterno;

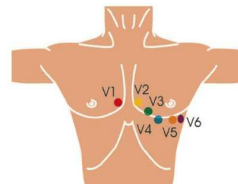
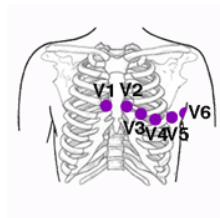
V2 - 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo do esterno;

V3 - Situado entre V2 e V4;

V4 - Interseção da linha hemiclavicular esquerda e 5º espaço intercostal;

V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;

V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média;



- Abrir aplicativo específico no computador;

- Registrar paciente conforme definido pelo sistema;

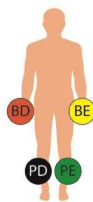
- Verificar o traçado no monitor;

- Se o registro não apresentar interferências, registrar o traçado e enviar para central e aguardar laudo;

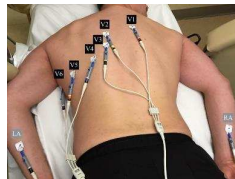
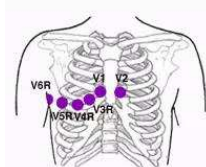
Em caso de ECG por eletrocardiógrafo com 12 derivações em POSIÇÃO PRONA:

- Fixar os eletrodos na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas, evitando proeminências ósseas.

RA – braço direito - fio vermelho
LA – braço esquerdo - fio amarelo
RL – perna direita - fio preto
LL – perna esquerda - fio verde



- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais;
- Atentar para posicionamento adequado (seguir a ordem de colocação da direita para esquerda do operador);
 - V1 - 4º espaço intercostal, no bordo direito da coluna vertebral;
 - V2 - 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo da coluna vertebral;
 - V3 - Situado entre V2 e V4;
 - V4 - Interseção da linha hemi escapular esquerda e 5º espaço intercostal;
 - V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar posterior;
 - V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média;



- Abrir aplicativo específico no computador;
- Registrar paciente conforme definido pelo sistema;
- Verificar o traçado no monitor;
- Se o registro não apresentar interferências, registrar o traçado e enviar para central e aguardar laudo;

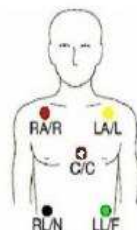
Em caso de monitorização contínua por monitor multiparâmetros:

- Utilizar todo procedimento de preparo da pele;
- Colar eletrodos descartáveis;
- Utilizar o seguinte posicionamento:

Monitorização com o paciente em POSIÇÃO SUPINA e cabo com cinco eletrodos

- Eletrodo na região hemiclavicular esquerda – (LA ou L -braço esquerdo) – preferencialmente 2º a 4º EIC;
- Eletrodo na região hemiclavicular direita– (RA ou R- braço direito) - preferencialmente 2º a 4º EIC;
- Eletrodo na região hemiclavicular esquerda– (LL ou F - Perna esquerda)- preferencialmente 5º a 8º EIC;
- Eletrodo na região hemiclavicular direita– (RL ou N - Perna direita) – preferencialmente em 5º a 8º EIC;

Eletrodo posicionando em qualquer derivação periférica, geralmente em V1 -- (espaço central- C ou V)- 4º EIC, borda direita do esterno.



Monitorização com paciente em POSIÇÃO PRONA e cabo com cinco eletrodos

Eletrodo na região supraescapular esquerda – (LA ou L -braço esquerdo);

Eletrodo na região supraescapular direita– (RA ou R- braço direito);

Eletrodo na região infraescapular esquerda– (LL ou F - Perna esquerda)- preferencialmente 5º a 8º EIC;

Eletrodo na região infraescapular direita– (RL ou N - Perna direita) – preferencialmente em 5º a 8º EIC;

Eletrodo posicionando em qualquer derivação periférica posterior (espaço central- C ou V);



- Após o procedimento, remover os resíduos dos eletrodos do tórax, membros superiores e inferiores;
- Acomodar o paciente no leito em condições adequadas;
- Higienizar as mãos;
- Calçar um par de luvas;
- Limpar cabos um por um com desinfetante;
- Organizar os fios e o carro de ECG;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;

Observação

- Evitar áreas com presença de curativos ou lesões, proeminências ósseas, locais peludos, áreas de aplicação de placas do desfibrilador ou áreas para compressões torácicas no momento de colocação dos eletrodos;
- Não molhar os eletrodos durante o banho no leito, devido a possibilidade de micro-choques (não retirar os eletrodos, principalmente em casos de pacientes instáveis);
- Utilizar eletrodos da mesma marca com máxima adesividade e provocando o mínimo de desconforto;
- Certificar-se de que todo o equipamento elétrico e tomadas estão aterrados para evitar o choque elétrico no paciente e possíveis interferências;



- Caso necessário, realizar ECG.		
FUNDAMENTAÇÃO		
1 – Regulamento interno.		
2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.		
3 - Procedimento / Rotina. Monitorização cardíaca contínua. POP.UTI.005 – Página 2/5. Revisões: 02. Hospital Universitário Lauro Wanderley. Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, 2020.		
4 – Imagens da internet. Disponível em: www.google.com.br . Acesso em: 13/06/2021.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	CÓDIGO: POP.MON.004	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração da frequência respiratória do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre ao procedimento aferir a frequência respiratória através de exame de inspeção e uso de tempo.			
OBJETIVO Aferir de forma correta a frequência respiratória, bem como as características do padrão respiratório; Monitorar a frequência respiratória do paciente com comprometimento das vias aéreas superiores e inferiores.			
NORMAS Material - Relógio de parede ou de pulso; - Luvas de procedimentos e capote em caso de paciente por precaução de contato.			
PROCEDIMENTO EM ADULTOS Descrição do procedimento - Realizar a higienização das mãos; - Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente; - Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; - Colocar o paciente sentado ou deitado; - Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 01 minuto; - Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração; - Deixar o paciente confortável no leito; - Higienizar as mãos; - Manter o ambiente em ordem; - Realizar as anotações no impresso próprio; - Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.			
Em caso de anormalidade - Valores diferentes da referência e alterações do padrão respiratório, comunicar o Enfermeiro.			



Nomenclatura e valores

No adulto:

12 a 20 incursões por minuto (irpm) - Eupneico

<12 irpm - Bradipneico

>20 irpm - Taquipneico

Na Criança:

20 a 25 irpm

RN: 40 a 60 irpm

PROCEDIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- Realizar a higienização das mãos;
- Orientar a mãe e o pai do RN sobre o procedimento;
- A contagem deverá ser realizada com RN calmo e em repouso, já que o choro costuma alterar os parâmetros. Deverá ser realizado a contagem em um minuto completo e deverá constar nos registros a presença de tiragens intercostais e infra-esternal;
- Repetir higienização das mãos;
- Realizar registros de enfermagem no prontuário, comunicar alterações ao enfermeiro e ao médico.

Observação

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- É importante que o paciente não perceba que estão verificando o número de respirações para não ocorrer a indução do valor correto;
- Frequência respiratória média em RN é de 40 a 60 incursões por minuto. Frequência acima de 60 caracteriza a taquipnéia que deverá ser investigada. A bradipnéia é caracterizada por pausa respiratória superior a 20 segundos ou entre 10 e 15 segundos, se acompanhada de bradicardia, cianose ou queda de saturação de oxigênio.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SEABRA, A. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2014
- 3 - SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- 4 - PORTO, C.C.. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- 5 – HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 6 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	CÓDIGO: POP.MON.005	PÁGINA: 1 - 4
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração dos níveis pressóricos do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre ao procedimento para verificar a pressão arterial com uso de um tensiômetro ou esfigmomanômetro.			
OBJETIVO Verificar os valores corretos da pressão sistólica e diastólica, detectando possíveis alterações e auxiliando na terapêutica.			
NORMAS Material - Algodão - Álcool a 70% - Estetoscópio - Esfigmomanômetro - Caneta e papel ou prescrição do paciente, para anotação do resultado encontrado. Descrição do procedimento PROCEDIMENTO EM ADULTOS - Higienizar as mãos; - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; - Reunir o material; - Realizar desinfecção com algodão em álcool a 70% no estetoscópio e no esfigmomanômetro; - Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução; - Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido; - Colocar o manguito a 3 cm, aproximadamente, acima da prega do cotovelo (fossa cubital), de modo que não fique muito apertado nem frouxo; - Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem; - Posicionar, se possível, o paciente sentado; - Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de Korotkoff, o manguito precisar estar			



inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);

- Desinsuflar o manguito rapidamente;
- Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
- Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- Desinsuflar totalmente o manguito;
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- Retirar o manguito do braço do paciente;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Nomenclatura e valores

<i>Classificação</i>	<i>Pressão sistólica (mmHg)</i>	<i>Pressão Diastólica (mmHg)</i>
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	<85
Limitrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160-179	100 – 109
Hipertensão estágio III	> ou = 180	> ou = 110
Hipertensão sistólica isolada	> ou = 140	<90

PROCEDIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- Certifique-se de que o RN esteja em repouso e calmo;
- Escolha da extremidade: preferencialmente braço direito;
- Evite extremidades com cateter ou acesso venoso, com circulação comprometida, ou que apresentem lesões na pele;
- Escolha o manguito adequado – este deve possuir uma largura que corresponda a 40% da circunferência do braço e seu comprimento ser capaz de envolver 80% a 100% da respectiva extremidade. Um manguito pequeno pode resultar em erros proporcionalmente maiores, conduzindo a leituras maiores na pressão. Ao contrário, a utilização de um manguito maior causa uma diminuição menor na acurácia. Um manguito grande para o braço pode ser adequado para a coxa, cuja circunferência deve ser mensurada à altura de seu terço médio;
- Reunir todo o material;
- Higienização do manguito com o produto de desinfecção e limpeza;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;



- Escolher a extremidade;
- Avaliar extremidade.
- Aplicar adequadamente o manguito: retirar todo ar do manguito antes de sua colocação.
- Identificar a presença da marca arterial no manguito, geralmente está em forma de seta e impressa na superfície que ficará exposta e próxima aos conectores. Após fazer a identificação da marca arterial, palpa-se a artéria braquial e busca-se alinhá-las durante a colocação do manguito.
- Envolver o manguito no braço firmemente sem, no entanto, apertá-lo e, assim, possibilitar o retorno venoso.
- Conectar o manguito ao monitor.
- Inflar o manguito.
- Remover o manguito e reavaliar a extremidade.
- Higienização do manguito com o produto de desinfecção e limpeza
- Desprezar as luvas e higienizar as mãos
- Registrar as pressões sistólica, diastólica e arterial média. Comunicar ao enfermeiro hipotensão ou hipertensão (valores de referência presentes na prescrição médica)

Observações

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato - o esfigmomanômetro e o estetoscópio devem ser individualizados e utilizar EPI;
- Não aferir a pressão arterial em membros que tiverem fístula arteriovenosa, cateterismo, plegia, punção venosa, infusão de líquidos e no membro que for o lado mastectomizado da mulher;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
- Considerar o efeito do jaleco branco nos pacientes.

Em caso de anormalidade

- Se a pressão arterial estiver alterada, repita o procedimento e comunique o enfermeiro, caso persista a alteração.
- Caso o aparelho esteja descalibrado, providenciar a substituição do mesmo. Caso não haja possibilidade de verificação nos MMSS, adaptar a técnica para os MMII.
- Em gestantes a pressão arterial (PA) deve ser obtida com os mesmos equipamentos e com a mesma técnica recomendada para adultos, entretanto a PA também pode ser medida no braço esquerdo na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso, e esta não deve diferir da posição sentada.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1.
- 3 - CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 4 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009
- 5 - ANDRADE, P. J. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V 95, Supl. 1, p. 1-51. 2010.
- 6 - SEABRA, A. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.
- 5 – HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 6 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.



APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR	CÓDIGO: POP.MON.006	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração da temperatura do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere sobre o procedimento para verificar a temperatura corporal através de termômetro.			
OBJETIVO Detectar problemas termorreguladores e avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem.			
NORMAS Material - Algodão - Álcool a 70% - Termômetro digital - Caneta e papel ou prescrição do paciente, para anotação do resultado encontrado.			
Descrição do procedimento PROCEDIMENTO EM ADULTOS - Higienizar as mãos; - Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; - Reunir o material; - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; - Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70% termômetro (unidirecional do bulbo em direção a polpa); - Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado, expondo ombro e braço; - Verificar se as axilas estão íntegras e secas; - Enxugar a axila escolhida com papel toalha; - Verificar o termômetro está ligado e em "Lo"; - Manter nesta posição, aguardar de 3 a 5, ou até ouvir aviso sonoro; - Verificar o valor obtido; - Limpar o termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%; - Guardar o material em local próprio;			



- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o valor da temperatura no impresso de controle do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

PROCEDIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- Higienizar as mãos;
- Orientar a mãe e o pai do RN sobre o procedimento;
- Reunir e organizar os materiais necessários (termômetro e luvas);
- Higienizar termômetro com solução desinfetante padronizada pela instituição;
- Calçar luvas;
- Inserir o termômetro em região axilar, mantendo o antebraço em contato com o tórax;
- Aguardar alarme do termômetro e registrar temperatura registrada no visor;
- Retirar e desprezar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Higienizar termômetro com solução desinfetante padronizada pela instituição;
- Realizar registros de enfermagem no prontuário, comunicar alterações à enfermeira e ao médico.

Observação

- Se o valor da temperatura for $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ou $\leq 35^{\circ}\text{C}$, comunicar o enfermeiro.
- Em casos de lesões na região axilar, utilizar outros meios de mensuração, tais com oral/retal com a supervisão do enfermeiro.
- Verificar se o termômetro se deslocou da posição inicial, em caso positivo, repetir o processo de aferição.
- A temperatura aferida não será exata se o tempo adequado de 3 minutos não for respeitado e/ou não houver sinal sonoro indicativo do tempo do aparelho, repetir o processo de aferição.
- A temperatura do RN deve variar entre $36,5^{\circ}\text{C}$ e 37°C . É considerada hipotermia leve entre 36°C – $36,4^{\circ}\text{C}$; hipotermia moderada entre 32°C – $35,9^{\circ}\text{C}$ e hipotermia grave menos que 32°C . Já a hipertermia é definida como temperatura acima de 37°C ;
- Atentar para uso de roupas e cobertores nos RN's em berço comum, bem como umidificação e temperatura da incubadora ou berço aquecido que influenciam diretamente na temperatura corporal do RN;
- A verificação da temperatura em berço aquecido poderá ser através do sensor de cabo próprio do equipamento, devendo o mesmo ser afixado na região central do tronco do RN no abdome ou no dorso, devendo ser em local limpo, seco e afixado com micropore;
- Caso haja alterações (hipotermia ou hipertermia) deverão ser realizados cuidados para normalizar a temperatura e, assim, verificar novamente a temperatura axilar de 30 em 30 minutos até mantê-la entre 36,5 e $37,0^{\circ}\text{C}$;
- Se o RN estiver sob fototerapia atentar para hipertermia ou hipotermia, verificar a temperatura axilar de 3 em 3 horas, registrar e comunicar alterações. Realizar medidas para controle térmico, como por exemplo ligar ou desligar o berço aquecido;
- Sempre registrar intervenções realizadas, bem como o uso de medicamentos que possam interferir na temperatura corporal;

O FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SEABRA, A. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescor, 2014
- 3 - BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- 4 - PORTO, C.C.. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011



5 – HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.		
6 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP VERIFICAÇÃO DO PULSO OU FREQUÊNCIA CARDÍACA	CÓDIGO: POP.MON.007	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem e médicos			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica; Em atendimento à prescrição de enfermagem; Em suspeita de alteração do ritmo cardíaco basal do paciente.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o procedimento de verificar a frequência das contrações do coração para fins de monitoramento.			
OBJETIVO - Avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente; - Detectar e monitorar arritmias cardíacas; - Avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca; - Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.			
NORMAS Material relógio de parede ou de pulso; Oxímetro de pulso ou monitor cardíaco; Luvas de procedimentos e capote em caso de paciente por precaução de contato; PROCEDIMENTO EM ADULTOS Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; - Manter o paciente em posição confortável; - Se necessário, aquecer as mãos, friccionando-as; - Iniciar a escolha da artéria pela radial, braquial, carotídeo e femoral; - Palpar a artéria escolhida; - Colocar o dedo médio e o indicador sobre a artéria escolhida, comprimindo-a levemente; - Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem; - Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto; - Higienizar as mãos; - Manter o ambiente em ordem; - Realizar as anotações no impresso próprio;			



- Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem;
- Na intenção de se identificar apenas a frequência, um aparelho de oximetria de pulso poderá ser utilizado;
- Acrescentar no procedimento a higienização com álcool a 70% do aparelho e colocá-lo ligado em algum dedo da mão e aguardar por um minuto até avaliar o valor.

Em caso de anormalidade

- Se pulso < 60 ou > 100 comunicar o enfermeiro.
- Em caso de dúvidas quanto a verificação, repita o procedimento.
- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a do paciente.
- Não fazer pressão forte sobre a artéria, o que poderá impedir a percepção dos batimentos.
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Nomenclatura e valores

No adulto:

- 60 a 100 batimentos por minuto (bpm) - Normocardico
- <60 bpm - Bradicardio
- >100 bpm - Taquicardico

PROCEDIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- Higienizar as mãos;
- Orientar a mãe e o pai do RN sobre o procedimento
- Reunir e organizar os materiais necessários (estetoscópio e luvas);
- A ausculta cardíaca deverá ser realizada com a criança calma e horizontalizada. Posicionar o diafragma do estetoscópio no precórdio durante um minuto e realizar a contagem. Se necessário reiniciar a contagem ou reposicionar o diafragma do estetoscópio no tórax;
- Higienizar as mãos;
- Realizar higiene das olivas e diafragma do estetoscópio com desinfetante padronizado na instituição;
- Realizar registros de enfermagem no prontuário, comunicar alterações à enfermeira e ao médico.

Observações

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- O local para verificação do pulso do paciente depende de seu estado. Comumente, as artérias são: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa;
- Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco;
- No recém-nascido a frequência normal varia entre 120-160bpm. Alguns autores consideram que estes valores podem variar entre 80 e 180bpm. Sendo considerado taquicardia valores acima de 160 com RN em repouso e bradicardia, valores abaixo de 100bpm;
- RN's em uso de medicamentos que induzem taqui ou bradicardia deverão ser avaliados constantemente sob monitorização cardíaca contínua, bem como, RN's com alterações cardíacas;

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SEABRA, A. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2014
- 3 - SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- 4 - PORTO, C.C.. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.



5 – HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.		
6 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR VIA ENTERAL	CÓDIGO: POP.PEQ.001	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Consiste na infusão de dieta controlada de nutrientes através de sonda para ser absorvida diretamente no intestino.			
OBJETIVO Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.			
NORMAS Material - EPI (luva de procedimento e óculos de proteção); - Dieta industrializada ou não; - Frasco para dieta; - Equipo de dieta enteral; - Seringa de 20 ml; - Estetoscópio; - Copo com água potável; - Papel toalha. Descrição do procedimento - Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; - Colocar Biombos ao redor do leito; - Se o paciente não estiver com sonda, realizar passagem da sonda naso/oroenteral conforme POP sondagem naso/oroenteral; - Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas; - Observar a temperatura da dieta (deve estar em temperatura ambiente); - Verificar posicionamento da sonda; - Lavar a sonda (injetar água) com auxílio de uma seringa contendo em torno de 10 mL de água, evitar a entrada de ar na sonda; - Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml); - Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;			



- Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
- Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
- Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
- Administrar água conforme prescrição médica;
- Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário,
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

- Monitorar os valores glicêmicos do paciente a cada 6 horas;
- Frequentemente observar as condições respiratórias do paciente;
- Trocar a bolsa/frasco e usar um novo conjunto de administração (equipo) a cada dieta com exceção das dietas contínuas e cíclicas, onde o equipo deve ser trocado a cada 24 horas ou novo frasco de dieta;
- Injetar 20 mL de água após as infusões de dieta e seguir prescrição médica para administração de água via sonda;
- Monitorar peso do paciente (sempre no mesmo horário e com a mesma balança).
- Monitorar os ruídos hidroaéreos e as fezes do paciente.
- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia;
- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta;
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente, valor calórico e fluxo de infusão;
- A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante;
- Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%;
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele;
- Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).
- As dietas não devem estar muito quentes ou frias.
- As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.
- Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atendimento domiciliar. Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2015.
- 3 - BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 453 DE 16/01/2014. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. 2014.



4 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 25/2013. Inserção da sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.		
5 - PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF. 2017.		
6 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.PEQ.002	PÁGINA: 1 - 3
	ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE	REVISÃO: DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 04/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro é responsável direto por cumprir a rotina pré-instalação e todos os passos subsequentes; Técnico de enfermagem na avaliação e suporte ao Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É um tipo de terapia eficaz em situações de choque, hemorragias ou doenças sanguíneas. Frequentemente usa-se em intervenções cirúrgicas, traumatismos, hemorragias digestivas ou em outros casos em que tenha havido grande perda de sangue. Sangue total: restaura a volemia e mantém a perfusão e a oxigenação tecidual; Concentrado de hemácias: aumenta a capacidade de transporte de oxigênio por aumento da massa hemácia circulante; Concentrado de plaquetas: as plaquetas são essenciais para a hemostasia normal. O número adequado de plaquetas previne ou cessa um sangramento ativo; Crioprecipitado: repõe o fibrinogênio e o fator de coagulação VIII; Plasma: reposição de fatores de coagulação.			
OBJETIVO Minimizar riscos associados à hemotransfusão; Padronizar a administração de hemocomponentes; Padronizar o registro da transfusão de hemocomponentes utilizando o Checklist Transfusional; Padronizar o cuidado a pacientes que apresentarem sinais e sintomas característicos de reações transfusionais.			
NORMAS Material - Bolsa de hemocomponentes; - Equipe próprio para transfusão com filtro para coágulos; - Dispositivo intravenoso nº 18 (jelco®) ou Scalp® nº 19; - Algodão embebido em álcool a 70%; - Garrote (largo); - Esparadrapo ou micropore®; - Luvas de procedimentos. Descrição do procedimento Antes da administração de hemocomponentes: - Verificar o preenchimento correto da solicitação do hemocomponente em duas vias (carimbado pelo MP); - Verificar se o nome e o número do prontuário conferem com a etiqueta da bolsa; - Certificar-se do tipo sanguíneo ABO/Rh;			



- Realizar contato telefônico para o HEMOBA (Ribeira do Pombal) e se informar se tem o tipo sanguíneo ou hemocomponente disponível;
- Comunicar a diretoria administrativa para providenciar transporte para transportar sangue;
- Se houver necessidade de coletar amostra de sangue, identificar o tubo antes da coleta e certificar-se de identifica-lo corretamente (comunicar o laboratório para realizar o procedimento);
- Certifique-se da história transfusional pregressa e das reações adversas anteriores. Se o cliente citar reações, comunicar ao médico;
- Conferir a prescrição médica, quantidade a ser administrada, a velocidade, e o tempo de infusão, que não deve ultrapassar 04 horas;
- Conferir calibre e permeabilidade de acesso venoso (periférico ou profundo) e garantir que durante a transfusão este seja exclusivo para a mesma. Caso estivesse sendo utilizado para administração medicamentosa, deve ser lavado com SF 0,9%;
- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Verificar SSVV e anotá-lo no prontuário para estabelecer o parâmetro inicial;
- Observar a presença de febre (37,8° C ou mais) comunicar ao médico;
- Providenciar acesso venoso calibroso ou verificar a permeabilidade de um acesso existente;
- Orientar o paciente/acompanhante sobre a possibilidade de reações adversas.

Durante a administração de hemocomponentes:

- Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente. Caso estejam muito gelados, aguardar no máximo 20 minutos. Caso o tempo seja atingindo, o componente será recolocado, imediatamente, em temperatura adequada de armazenamento;
- Anotar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
- Colocar a etiqueta ou através de carimbo identificando o número da bolsa do hemocomponente na folha de anotação de enfermagem;
- Observar rigorosamente o cliente nos 15 minutos iniciais, administrando o hemocomponente lentamente até atingir a prescrição estabelecida pelo médico;
- Manter o gotejamento lento (21 gts./ min) nos dez primeiros minutos e aumentar lentamente após;

Após administração de hemocomponente:

- Lavar as mãos antes e após;
- Desconectar a bolsa do acesso venoso e descartar a bolsa em lixo próprio (lixo infectante), para posterior descarte final;
- Observar o cliente atentamente nos 15 minutos após o término da transfusão;
- Realizar visita pós transfusional e observar reações adversas.

Observação

- As transfusões devem ocorrer, preferencialmente, no período diurno;
- A transfusão deve ser realizada por um profissional habilitado, qualificado e conhecedor destas normas;
 - Não transfundir hemocomponentes ou hemoderivados em bombas de infusão contínua. A transfusão deve ocorrer de forma gravitacional;
 - Não infundir hemocomponentes concomitante a outras substâncias/medicamentos. A via deve ser exclusiva para o hemocomponente no momento da transfusão, com exceção do SF0,9% em casos específicos;
 - Não é necessário aguardar o aquecimento ou aquecer a bolsa antes da transfusão;
 - Checar na prescrição médica, registrando data e hora;
 - Orientar a equipe de enfermagem a observar possíveis reações tardias que podem ocorrer dias após as transfusões;
 - Em caso de reação transfusional deve-se interromper a transfusão e chamar imediatamente o médico responsável ou plantonista para atender o paciente;
 - Excepcionalmente, caso haja impossibilidade de administrar um hemocomponente a um paciente grave que esteja usando sedação de infusão contínua ou aminas vasoativas ou outras medicações por outro acesso, solicitar ao médico para diluir as medicações em soro fisiológico quando possível;



- Deve-se evitar ao máximo transfundir o hemocomponente com soro fisiológico para não causar sobrecarga volêmica no paciente;
- A infusão deve ser realizada em no mínimo 1 hora para hemocomponentes eritrocitários, ou em velocidade mais lenta caso haja risco de sobrecarga volêmica (ex: cardiopatas, nefropatas).
- O tempo de infusão não pode exceder 4 horas. Quando o período estabelecido for atingindo, a transfusão será interrompida e as bolsas descartadas.
- Os componentes plasmáticos ou concentrados de plaquetas poderão ser administrados em um período de 30 minutos a 1 hora, conforme o volume, considerando a sequência de transfusão destes componentes uma transfusão "em pool" (ainda que não tenham sido transferidos para uma bolsa única).

Em caso de anormalidade

- Antes das transfusões deve-se perguntar ao paciente lúcido se o mesmo tem alguma queixa (sintoma);
- Durante a transfusão, caso o paciente passe apresentar sinais ou sintomas novos, principalmente os relacionados a novas transfusões, deve-se parar o procedimento e chamar imediatamente a enfermagem para que o médico atenda ao paciente e manter o acesso venoso com solução salina 0,9%;
- Verificar os sinais vitais até a chegada do médico (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura axilar);
- Deve ser fornecida ficha de notificação de reação transfusional para o médico que assistiu o paciente ou esta deverá ser preenchida pela enfermeira ou médica da hemoterapia;
- Os sinais e sintomas mais comuns de reações transfusionais são:
 - Febre com ou sem calafrios (temperatura axilar maior que 37,8° C ou a elevação de 1° C durante a transfusão);
 - Calafrios com ou sem febre;
 - Dor no local da infusão ou torácica ou abdominal;
 - Hipertensão ou hipotensão arterial;
 - Dispneia ("falta de ar"), taquipnéia ("aceleração da respiração"), hipóxia, cianose.
 - Prurido, urticária, edema localizado ou generalizado;
 - Náuseas com ou sem vômito;
 - Choque com febre, tremores, hipotensão ou falência cardíaca de alto débito sugerem sepse ou podem acompanhar quadro de hemólise. Choque sem febre pode ser reação anafilática;
 - Alteração na cor da urina pode ser o primeiro sinal de hemólise no paciente anestesiado.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 3 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Administração de medicamentos por via auricular. POP: ENF-1.5. Versão: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2018.
- 4 – BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Brasília, 2016.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR INALADOR DOSIMETRADO COM ESPAÇADOR	CÓDIGO: POP.PEQ.003	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 04/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Caracteriza-se pela inalação de medicamento em aerossol por frasco dosimetrado e uso de espaçador.			
OBJETIVO Padronizar o uso correto do inalador dosimetrado com espaçador fazendo com que as partículas menores sejam inaladas, atingindo as vias aéreas distais; possibilitando menor risco de absorção sistêmica e garantindo o fluxo unilateral da droga; Evitar a dispersão de aerossóis potencialmente contaminados no ambiente.			
NORMAS Material - Máscara de inalação; - Espaçador; - Prescrição médica em "Puffs"; - Frasco dosimetrado de medicamento em aerossol com adaptador. Descrição do procedimento - Realizar o procedimento de acordo com a prescrição médica (puff); - Agitar vigorosamente o frasco e retirar a tampa, e libere dois jatos para o ar (ou para o ambiente) para certificar-se de que funciona; - Encaixar o inalador na base do espaçador, de modo que o fundo do frasco fique na posição vertical e fundo voltado para cima; - Posicionar a saída do bocal em posição horizontal à abertura da boca; - Atenção: Se for recomendado o uso de máscara, encaixe a máscara no bocal do espaçador e coloque sobre o rosto, posicionando levemente de forma a cobrir a boca e o nariz, sem deixar espaço entre a boca e a máscara; - Ajustar o espaçador à boca ou ao nariz/boca; - Acionar o dispositivo (um jato por vez) coincidentemente à inspiração rápida e profunda (use um jato por vez); - Executar manobra de pausa inspiratória (mínimo 10 segundos); - Repetir conforme orientação médica; - Após o uso, guardar o inalador e o espaçador em local protegido e seco; - Encaminhar o espaçador para o expurgo para que seja feita a desinfecção após 24 horas de uso;			



Observação

- Oriente ao paciente sobre a sincronização entre a inspiração e o momento do acionamento do spray;

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - Procedimento / Rotina. Uso de Inalador dosimetrado com espaçador. POP.UMI.CP. 006 – Página 1/2. Verão: 02. Universidade Federal de Goiás. Hospital das Clínicas. Goiás, 2020.
- 3 – Bula Aerolin® spray (Sulfato de salbutamol). Laboratório gsk. 2014.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR NEBULIZAÇÃO	CÓDIGO: POP.PEQ.004	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 04/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Caracteriza-se pela administração medicamentos no ar inspirado por meio de partículas de tamanhos variados que se misturam ao ar e a umidade ou consiste numa forma de tratar afecções pulmonares por meio de substâncias especiais associadas ao O2 ou ar comprimido.			
OBJETIVO 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 corticosteroides com ação anti-inflamatória e anti-exsudativa; Administrar agentes antiespumantes nos casos de edema agudo de pulmão.			
NORMAS Material - Bandeja - Fonte de oxigênio ou ar comprimido (preferencialmente); - Seringa para medir dose se necessário; - Nebulizador (com máscara e intermediário, vulgo “extensor” ou “látex” de borracha ou plástico) de uso individual; - Solução fisiológica 0,9% ou água destilada; - Medicação prescrita; - Recipiente para expectoração (escaradeira), se necessário e Cuba rim; - Toalha de rosto; - Papel toalha.			
Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Verificar a prescrição médica atentando-se aos onze certos da medicação; - Reunir o material necessário para a execução da técnica; - Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar; - Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso; - Verificar a fonte de oxigênio ou ar comprimido que será utilizado;			



- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Fowler ou sentado na cama ou cadeira;
- Colocar o medicamento com a solução fisiológica no nebulizador;
- Ligar o fluxo de ar comprimido ou oxigênio (conforme prescrição médica) no nebulizador e observar a formação de névoa;
- Colocar uma toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Orientar o paciente para que permaneça com o nebulizador cobrindo o nariz e a boca. O paciente deve respirar profundamente com a boca semiaberta;
- Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição médica;
- Manter a nebulização até que a medicação seja consumida;
- Oferecer papel toalha e encorajar o paciente a tossir e escarrar na cuba rim (quando necessário);
- Monitorar os sinais vitais do paciente durante a nebulização;
- Ao término da nebulização deixar o ambiente limpo e em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar as reações do paciente durante e após o procedimento realizado, suas condições respiratórias, a quantidade e aspecto da secreção drenada.

Observação

- Ao término da nebulização, substituir os materiais de uso individual utilizados, conforme rotina institucional;
- Os frascos contendo doses múltiplas deverão ser datados, podendo ser utilizados até sete dias após a abertura.
- Realizar nebulização em ar comprimido apenas em casos específicos, quando o paciente já esteja utilizando o oxigênio;
- Não ligar a nebulização acima de 5 ou 6l/min no fluxômetro;
- Utilizar o nebulizador com macronebulização com conexão apropriada, sendo neste caso aconselhável não deixar o nebulizador em linha reta com o paciente;
- Trocar o nebulizador a cada uso e encaminhar a CME;
- Trocar os intermediários quando o paciente estiver de alta hospitalar ou quando suspenso a terapêutica com nebulização e encaminhar a CME.

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.



2 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.		
3 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Administração de medicamentos por via auricular. POP: ENF-1.37. Versão: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2018.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR	CÓDIGO: POP.PEQ.005	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 04/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administrar medicamentos dentro do canal auditivo para fins terapêuticos.			
OBJETIVO Utilizar a via auricular para a administração de medicamentos; Facilitar a remoção de cerume e corpos estranhos; Tratar inflamação e infecção (Otite); Remoção de cerume.			
NORMAS Material - Terapia medicamentosa prescrita; - Medicamento otológico; - Luva de procedimento; - Algodão; - Gaze. Descrição do procedimento - Lavar as mãos; - Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário; - Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade; - Levar o medicamento até o leito do paciente em uma bandeja; - Verificar se o nome do paciente confere com a prescrição, esclarecer sobre a medicação que irá receber; - Calçar as luvas; - Posicionar o paciente em decúbito lateral ou sentado com a cabeça inclinada lateralmente para o lado oposto ao do ouvido a ser tratado; - Puxar a orelha para cima e para trás, suavemente, com os dedos, para facilitar a entrada das gotas; - Desprezar uma gota de medicamento; - Instilar a medicação no canal auditivo sem contaminar o conta-gotas, evitando encostar o aplicador no orifício do ouvido, para que este não seja contaminado; - O cliente deve permanecer na posição durante cerca de 5 minutos; - Colocar uma pequena bola de algodão no ouvido se for necessário ou se estiver prescrito, para tamponar, evitando que o medicamento extravase;			



- Lavar as mãos; - Checar na prescrição e anotar reações. Recomendações - 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.		
FUNDAMENTAÇÃO 1 – Regulamento interno. 2. Procedimento Operacional Padrão (POP). Administração de medicamentos por via auricular. POP: ENF-1.5. Verão: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2018.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA OU INTRAVENOSA	CÓDIGO: POP.PEQ.006	PÁGINA: 1 - 4
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administrar medicamentos através de um acesso venoso para fins terapêuticos.			
DESCRIÇÃO Método de administração de medicamentos ou soluções contendo eletrólitos, nutrientes e hemoderivados através das veias.			
OBJETIVO - Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculados por outras vias; - Administrar medicamentos ou droga quando se quer ação imediata; - Administrar medicamentos ou droga quando se deseja ação lenta e contínua do medicamento e controle rigoroso da dose e/ou derivados; - Administrar nutrição parental, sangue ou derivados; - Infundir grandes quantidades de líquido; - Restaurar ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico.			
NORMAS Material - Luvas de procedimentos - Seringa de 10 ml, 20 ml de acordo com a medicações e diluição prescrita e recomendada; - Agulhas 13x4,5, 25x7, 25x8; - Equipo de soro S/N; - Algodão com álcool a 70% - “Scalp®” butterfly nº 21 ou 23, cateter periférico (“Jelco®” 14, 16, 18,20, 22); - Extensor multivias “Polifix®”; - Torneirinha; - Ampola de diluente, frasco, ou bolsa com solução prescrita.			
Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Separar a medicação conforme a prescrição médica; - Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento;			



- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado/administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no copo descartável;

- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

- Levantar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;

- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;

- Conferir o nome do paciente pelo prontuário do Paciente;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

- Calçar as luvas de procedimento;

- Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);

- Realizar antisepsia da pele;

- Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;

Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com "Scalp®":

- Realizar a punção com o bisel do "scalp®" voltado para cima;

- Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

- Fixar o dispositivo com "micropore®" ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico ("Jelco®"):

- Realizar a punção com o bisel do "Jelco®" voltado para cima;

- Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático, se disponível;

- Soltar o garrote;

- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

- Fixar o dispositivo com "micropore®" ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

- Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas;

- Deixar o paciente confortável no leito;

- Desprezar o material utilizado em local próprio;

- Higienizar as mãos;

- Manter o ambiente em ordem;

- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;

- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Observação



- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas;
- **Punção com Scalp®:** utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;
- **Punção com Abocath®:** utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo;
- Realize a desinfecção da ampola/frasco com álcool a 70%, abra a ampola ou frasco de medicamentos ou eletrólitos, aspire com seringa. Realize a desinfecção do injetor lateral, torneira ou frasco de soro com álcool a 70% e introduza a medicação aspirada no frasco da solução;
- 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 certifique-se 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 informações e notifique ao enfermeiro;
- Não realize a mistura de medicamentos na mesma seringa, a não ser se indicado na prescrição;
- Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto de cada vez, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos caso não estejam identificados;
- Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;
- Verificar diariamente se há presença de flebite. Trocar diariamente esparadrapo S/N.

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- 3 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.



4 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.		
5 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2014. Dupla checagem. 2014.		
6 - KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2014.		
7 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.		
APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA	CÓDIGO: POP.PEQ.007	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração de medicamentos através de injeções na derme para fins terapêuticos ou diagnósticos.			
OBJETIVO Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme, exatamente abaixo da epiderme; Testes alérgicos de fármacos.			
NORMAS Material - Luvas de procedimento; - Algodão umedecido com álcool 70%; - Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento; - Agulha para aplicação (13x4,5); - Seringa de 1 ml; - Medicamento prescrito. Descrição do procedimento - Calçar as luvas de procedimento; - Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura); - Realizar antisepsia da pele; - Realizar a antisepsia da pele com a bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70%, com movimentos circulares de fora para dentro; - Introduzir a agulha no ângulo de 5 a 15°, com o bisel voltado para cima introduzindo em média 2 mm da agulha; - Injetar a solução observando a formação de uma pápula; - Retirar a agulha com movimento único e firme; - Fazer leve compressão local com algodão; - Deixar o paciente confortável no leito; - Desprezar o material utilizado em local próprio; - Higienizar as mãos; - Manter o ambiente em ordem; - Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;			



- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Observação

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Tipicamente as injeções ID são utilizadas para testes cutâneos, por exemplo, hipersensibilidade, processo de dessensibilização e imunização (BCG);
- Somente pequenos volumes podem deve ser administrados por esta via (máximo de 0,1 mL).

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- 3 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- 4 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- 5 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2014. Dupla checagem. 2014.
- 6 - KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2014.
- 7 - Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem).

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR	CÓDIGO: POP.PEQ.008	PÁGINA: 1 - 5
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração de medicamentos no músculo através de injeções para fins terapêuticos.			
OBJETIVO Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.			
NORMAS Material - Medicação prescrita; - EPI (luva de procedimento); - Bandeja; - Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.); - Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser Administrado; - Algodão umedecido com álcool 70%. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Separar a medicação conforme a prescrição médica; - Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento; - Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado/administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa; - Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; - Fazer a desinfecção da ampola/frasco com algodão com bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70%; - Aspirar à dose de medicação com agulha 40x12; - Trocar a agulha 40x12 por 25x7 ou outra mais compatível; - Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; - Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja; - Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;			



- Conferir o nome do paciente pelo prontuário do Paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;
- Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro;
- Realizar antisepsia da pele;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local com algodão;
- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreadabilidade), assinar e carimbar no prontuário;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas;
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos;
- Recomenda-se para adultos, de 1 a 2 ml no deltoide e no máximo 4 ml no dorso ou ventro-glúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventro-glútea ou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 2 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular;
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular;
- Não é recomendado região dorso-glútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.
- Para utilizar técnica em Z: Posicione o lado ulnar da mão não dominante, imediatamente abaixo do local, e estique firmemente para baixo e para o lado o tecido do local onde será injetada a solução. (se for canhoto faça com a mão oposta). Com a mão dominante introduza a agulha utilizando um ângulo de 90°. Depois que a agulha perfurar a pele, use o polegar e o dedo indicador da mão não dominante para segurar o corpo da seringa, mantendo sempre a pele esticada até que toda medicação seja injetada. Puxe o êmbolo discretamente para trás e observe se há refluxo de sangue. Caso isso não ocorra, faça a aplicação. Aguarde aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha, e, só então, solte a pele.

Locais de aplicação:

- O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:
- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;

- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente;
- Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestina: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravasar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM (Vide Parecer COREN nº 20/2009);
- Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltoide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltoide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 2 ml;
- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltoide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocanter do fêmur;
- Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;
- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou "V". Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos

Deltoide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
- Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicamento no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltoide – ângulo 90°;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

Escolha correta da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	• Magro	• 25 x 6/7	• 25 x 8
	• Normal	• 30 x 6/7	• 30x8
	• Obeso	• 30 x 8	• 30x8
Criança	• Magra	• 20 x 6	• 20x6
	• Normal	• 25 x 6/7	• 25x8
	• Obesa	• 30 x 8	• 30x8

Considerações sobre o Tratamento de Sífilis com Penicilina Cristalina:

- Questionar se o paciente teve previamente reação alérgica ou de hipersensibilidade à algum antibiótico;
- Caso a resposta seja negativa, proceder à administração conforme prescrição médica e, mantendo o paciente em observação por 30 minutos após a aplicação. Esclarecer que este procedimento visa sua segurança, e que ele deve comunicar qualquer desconforto pós medicação nesse período;
- Registrar data de aplicação e qual a dose (1a, 2a ou 3a) tanto no prontuário, quanto no verso da receita médica;
- Manter na unidade registro de acompanhamento do tratamento (planilhas ou cartões-índice), a fim de facilitar a detecção de abandono de tratamento, atrasos de doses, etc. e convocar o paciente, caso necessário;
- Demais dúvidas sobre o tratamento da Sífilis, consultar o manual do Ministério da Saúde, disponível on-line.

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.



- 3 - DALMONI, I.S., et al. Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de enfermagem. In: Revista Enfermagem UFSM, mai/ago, 3 (2): 259265. 2017.
- 4 - Enfermagem USP. 7(1): 46-79. 1973. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Best practices for injections and related procedures toolkit, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Último acesso: 24/12.2016.
- 5 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2017.
- 6 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2018.
- 7 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 20017.
- 8 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.
- 9 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo, 2017.
- 10 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 11 - Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. - (Série Enfermagem).

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	CÓDIGO: POP.PEQ.009	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA	DATA ELABORAÇÃO: 04/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração de medicamentos tópicos na conjuntiva ocular para fins terapêuticos.			
OBJETIVO Prevenir, proteger, aliviar sintomas e tratar; Anestesiar o olho para intervenções; Auxiliar na investigação diagnóstica; Lubrificar os olhos; Evitar ulceração da córnea; Provocar dilatação da pupila (midríase) ou constricção da pupila (miose).			
NORMAS Material - EPI: luvas de procedimento; - Bandeja ou cuba rim; - Colírio ou pomada oftálmica; - Gazes ou lenços descartáveis. Descrição do procedimento - Informar ao paciente e acompanhante do procedimento e a sua finalidade; - Higienizar as mãos; - Reunir materiais necessários e encaminhar a unidade do paciente; - Colocar o paciente na posição sentada ou decúbito dorsal; - Calçar as luvas de procedimentos, se necessário; - Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso; - Aplicar o medicamento. 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 os materiais;
 - Retirar as luvas;
 - Recompôr a unidade do cliente e colocá-lo numa posição confortável;
 - Dar destino adequado aos materiais;
 - Higienizar as mãos;
 - Checar a prescrição;
 - Proceder as anotações de enfermagem, constando identificação do medicamento, apresentação, dose, via e local de aplicação, presença de lesões, secreções, ocorrências adversas (locais ou sistêmicas) e as medidas tomadas.
- Recomendações**
- 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Administração de medicamentos por via auricular. POP: ENF-1.5. Versão: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2018.
- 3 – SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL E SUBLINGUAL	CÓDIGO: POP.PEQ.010	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração de medicamentos na cavidade oral e abaixo da língua para fins terapêuticos.			
OBJETIVO Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.			
NORMAS Material - Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa; - Medicamento; - Bandeja; - Líquido para ingestão (copo com água); - Luvas de procedimento. Descrição do procedimento - Lavagem das mãos conforme Protocolo da CCIH; - Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI); - Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento: Separar a medicação conforme 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, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no copo descartável. - Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; - Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; - Colocar o medicamento no copo descartável; - Levantar o medicamento até o leito do paciente na bandeja; - Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; - Conferir o nome do paciente pelo prontuário do Paciente; - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; - Oferecer a medicação ao paciente;			



- Certificar-se que o paciente ingeriu a medicação, no caso de medicamento por via sublingual, certificar-se se dissolveu totalmente abaixo da língua;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Recomendações

- Por sonda nasogástrica, os comprimidos triturados e diluídos em água devem ser administrados com uma seringa, introduzindo 10 a 20 ml de água após a medicação;
- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar a medicação diretamente na boca;
- Verificar se o paciente engoliu a medicação, nunca deixá-lo sobre a mesa da cabeceira;
- Todo medicamento deve ser checado após administração;
- Esta via está contra-indicada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição. Neste caso comunicar o médico e o enfermeiro para prescrever outro medicamento ou passagem de SNG, para veiculação da medicação;
- A medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou estejam em jejum cirúrgico.

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. RDC ANVISA 36/2017 – Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2017 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
4. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: 2007.
5. REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias 6: Administração segura de medicamentos. In: _____. Estratégias para segurança do paciente – Manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EdPUCRS, 2017.



6. 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: 2015 – 2016. Porto Alegre, RS: ARTMED; 2017.
7. VOLPATO, A. C. B; LORENCINI, F. Administração de medicamentos. In: Técnicas básicas de enfermagem. VOLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S. 3º ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2018.
- 8 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL	CÓDIGO: POP.PEQ.011	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Método de administração de medicamentos ou soluções através do reto.			
OBJETIVO - Administrar fármacos a pacientes incapazes ou que não querem engolir a medicação; - Evitar a destruição ou desativação dos fármacos pelo ph ou atividade enzimática do estomago e do intestino; - Evitar a irrigação estomacal quando o fármaco apresenta esse efeito; - Evitar a metabolização hepática quando o fármaco apresente esse efeito; - Evitar a metabolização hepática quando o fármaco é muito rapidamente metabolizado no fígado.			
NORMAS Material - Medicação Prescrita; - Papel higiênico; - Fita crepe; - Bandeja; - Luvas de procedimento; - Biombo; - 05 ml Xilocaína geleia; - Comadre; - Aplicador retal.			
Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Separar a medicação conforme a prescrição médica; - Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento; - Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado/administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no copo descartável; - Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; - Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; - Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;			



- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pelo prontuário do Paciente;
- Isolar o cliente com biombo e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar paciente em posição SIMS;
- Afastar a prega interglútea com o auxílio do papel higiênico;
- Introduzir o supositório até depois dos esfínteres e pressionar com papel higiênico até passar o espasmo de expulsão e se for fleet enema ou solução de glicerina, introduzir o aplicador ou a sonda, lubrificada com xilocaína, via retal no ânus (10 cm se adulto e 05 cm se criança) e pressioná-la até que todo líquido é introduzido;
- Solicitar ao paciente que retenha a medicação por 30 minutos sem evacuar;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Observação

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.



- 3 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- 4 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- 5 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2014. Dupla checagem. 2014.
- 6 - KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2014.
- 7 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA	CÓDIGO: POP.PEQ.012	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico e auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração de medicamentos no tecido subcutâneo através de injeção para fins terapêuticos.			
OBJETIVO Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.			
NORMAS Material - Luvas de procedimento; - Algodão umedecido com álcool 70%; - Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento; - Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5); - Seringa de 1 ml; - Medicamento prescrito. Descrição do procedimento - Calçar as luvas de procedimento; - Escolher o local da administração; - Realizar antisepsia da pele; - Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão Dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima); - Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local; - Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo; - Injetar o líquido lentamente; - Retirar a agulha com movimento único e firme; - Fazer leve compressão local com algodão; - Deixar o paciente confortável no leito; - Desprezar o material utilizado em local próprio; - Higienizar as mãos;			



- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Observação

- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;
- Na aplicação de heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar a medicação e para evitar absorção rápida da medicação, não se deve massagear o local após aplicação;
- Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regrede.
- Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;
- Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.
- No uso de Clexane ® não se deve retirar a bolha que vem dentro da seringa ao administrar a medicação;
- Na aplicação de insulina utilizar a técnica do revezamento, um sistema padronizado de rodízio dos locais de aplicação das injeções para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área da injeção;
- Sempre que possível envolver o paciente no processo de escolha do local de administração do medicamento;
- Em crianças são dados volumes menores que 0,5 mL.

Locais de aplicação

- Os locais mais comuns de injeção subcutânea:
 - Face externa da porção superior do braço;
 - Face anterior da coxa;
 - Tecido frouxo do abdômen inferior;
 - Região glútea.
- Injeção é realizada através de uma agulha relativamente curta;
- Ela é contraindicada em locais inflamados, edemaciados, cicatrizados ou cobertos por uma mancha, marca de nascença ou outra lesão;
- Elas também podem ser contraindicadas em pacientes com alteração nos mecanismos de coagulação.

Em caso de anormalidade

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

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

4 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

5 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2014. Dupla checagem. 2014.

6 - KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2014.

7 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.

8 - Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p. – (Série Enfermagem).

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS	CÓDIGO: POP.PEQ.013	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA: 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento a prescrição médica ou conforme protocolos clínicos estabelecidos.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É o processo de administração correta da insulinas, assim como orientações sobre misturas de diferentes insulinas numa única aplicação.			
OBJETIVO Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação, evitando duas aplicações subcutâneas.			
NORMAS Material: Medicação Prescrita Algodão; Álcool a 70%; Seringa de 01 ml; Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida). Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento. Descrição Do Procedimento: - Higienizar as mãos - Separar a medicação conforme 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, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no copo descartável. - Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos; - Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço; - Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja. - Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante. - Conferir o nome do paciente pelo prontuário do Paciente - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante. - Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada; - Calçar as luvas de procedimento;			



- Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;
- Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo;
- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

Observação:

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas;
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;
- No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;
- Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultra-rápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;
- Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultrarrápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação;
- Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Em Caso de Anormalidade:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

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

4 - POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

5 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2014. Dupla checagem. 2014.

6 - KOCH. R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros; 2014.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO	CÓDIGO: POP.PEQ.014	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 00 DATA ÚLTIMA: 03/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Em atendimento a prescrição médica ou conforme protocolos clínicos estabelecidos.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO São orientações sobre uma administração segura de medicamentos em pacientes.			
OBJETIVO Promover práticas seguras na administração de medicamentos.			
NORMAS MATERIAL: Prescrição médica; Caneta; Bandeja; Materiais conforme via de administração; Medicação prescrita.			
DESCRIÇÃO DOS PASSOS: Implementar a pratica dos “11 certos” da terapia medicamentosa: 1º CERTO: Paciente Certo: Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento. Verificar se o paciente corresponde ao nome identificado no leito e prontuário junto à prescrição medica. 2º CERTO: Medicamento Certo: Conferir o nome do medicamento, o aprazamento, a diluição e o tempo de infusão de acordo com a prescrição médica. Conferir se o paciente é alérgico ao medicamento. 3º CERTO: Dose Certa: Conferir a dose prescrita para cada medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada. 4º CERTO: Aspecto da medicação Certa: Observar o aspecto da medicação, coloração, precipitação e violação da embalagem. 5º CERTO: Validade Certa: Conferir data de validade de cada medicação a ser administrada. 6º CERTO: Via Certa: Identificar e confirmar se a via de administração prescrita é tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento. 7º CERTO: Hora Certa: Preparar a medicação de modo a garantir que sua administração seja feita sempre no horário correto para garantir adequada resposta terapêutica. Atenta-se para os termos: “ACM”, “se necessário” e “agora” e quando prescritos deverão ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso. 8º CERTO: Compatibilidade medicamentosa certa: Observar a possibilidade de ocorrer interação medicamentosa e/ou alimentar entre as drogas administradas.			



9º CERTO: Orientação Certa: Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

10º CERTO: Direito de recusa de medicação: O paciente tem o direito de recusar o uso da medicação.

11º CERTO: Registro Certo: Checar na prescrição medicamentosa o horário da administração de cada dose e relatar, na anotação de enfermagem, a hora e o item administrado, bem como o efeito desejado, adiamentos, cancelamentos, desabastecimentos e eventos adversos apresentados.

Regras Gerais da administração de medicamentos:

- Todo medicamento requer prescrição médica;
- O ideal é que a prescrição seja feita sempre por escrito; (exceto, em casos de extremas emergências);
- Todo medicamento deve ter rótulo e estar dentro do prazo de validade;
- Nunca administrar medicação preparada por outra pessoa;
- Informa-se sobre a ação, dose e efeitos colaterais, na dúvida, não administre.
- Manter os medicamentos em condições especiais para o uso (refrigeração, fotossensíveis)
- Armazena-los em local apropriado.

Cuidados Gerais no preparo dos medicamentos:

- Nunca conversar durante o preparo do medicamento,
- Manter a prescrição médica durante o preparo;
- Lavar sempre as mãos antes e após o preparo;
- Anotar no prontuário qualquer intercorrência;
- Seguir sempre a regra dos "11" certos;
- Não misturar na mesma administração diferente, exceto pelo médico;

A escolha da via de administração de medicamentos envolve:

- Tipo de medicamento;
- Tempo de ação esperada;
- Habilidade do profissional;
- Efeitos colaterais do medicamento;
- Estado físico geral do paciente

Descrição do Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- 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;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar o medicamento conforme a via de administração;
- Deixar paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;



- Realizar desinfecção da bandeja utilizada;
- Friccionar as mãos com preparação alcoólica - se as mesmas não estiverem com sujeira aparente, caso contrário higienize-as conforme;
- Checar o horário da medicação, com sua rubrica, na prescrição médica;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Ações em Casos de Não Conformidades

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro;
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, 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 o administrar 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.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - 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.

3 - 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.

4 - REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias 6: Administração segura de medicamentos. In: _____. Estratégias para segurança do paciente – Manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2013.

5 - 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.

6 - VOLPATO, A. C. B.; LORENCINI, F. Administração de medicamentos. In: Técnicas básicas de enfermagem. OLATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. 3º ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2009. P. 251-284.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	03/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	CÓDIGO: POP.PEQ.015	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem, médico e fisioterapeutas.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a aspiração de secreções existente nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um sistema de vácuo.			
OBJETIVO Retirar fluidos das vias aéreas superiores do cliente; Melhorar a respiração; Evitar a broncoaspiração; Proporcionar uma ventilação eficaz.			
NORMAS Material - Cateter de aspiração de tamanho adequado. Optar sempre pelo menor diâmetro que seja capaz de remover efetivamente as secreções (8 a 12 para adultos e 4 a 8 para crianças); - Extensor de silicone (borracha) esterilizado para aspiração; - Aspiradores de parede ou portáteis como fonte de aspiração com recipiente coletor; - Luvas estéreis; - Cânula de Guedel (se necessário); - Máscara, óculos de proteção e avental de manga longa; - Fonte de oxigênio e/ou maleta com reanimador manual equipada com dispositivo de oxigênio; - Oxímetro de pulso; - Solução fisiológica 0,9% ampolas de 20 ml ou seringa com 20 ml de SF 0,9%; - Campo estéril; - Cuba rim; - Lubrificante hidrossolúvel; - Gaze estéril; - Saco plástico para resíduos; - Cuba rim estéril. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Reunir o material necessário para a execução da técnica;			



- Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;
- Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;
- Colocar o paciente em posição de Semi-Fowler;
- Verificar a fonte de aspiração ou ar comprimido que será utilizado;
- Colocar a máscara, os óculos de proteção e o avental de manga longa;
- Conectar uma extremidade do tubo conector no aparelho de aspiração e a outra num local conveniente próximo ao paciente. Ligar o aparelho e ajustar a regulação para uma aspiração apropriada;
- Abrir o Kit de aspiração apropriado ou o cateter, utilizando técnica asséptica. Caso tenha um campo estéril disponível, coloca-lo ao redor do tórax do paciente ou na mesa de cama auxiliar (não permitir que o cateter de aspiração toque em quaisquer objetivos não estéreis);
- Calçar a luva estéril;
- Pegar o cateter com a mão dominante sem tocar superfícies não estéreis;
- Pegar o tubo conector com a mão não dominante. O cateter deve estar seguro para inserção;
- Avaliar o funcionamento do aspirador, colocando a ponta do cateter dentro da cuba rim estéril e aspirando pequena quantidade de SF 0,9%;
- Revestir levemente de 6 a 8 cm da porção do cateter com lubrificante hidrossolúvel;
- Estimular o paciente a tossir para ajudar a soltar as secreções;
- Sem aplicar sucção (látex clipado com a mão não dominante) e utilizando o polegar dominante e o dedo indicador, inserir gentilmente a sonda no nariz durante a inspiração;
- Solicitar que o paciente inspire profundamente para que a sonda seja inserida, seguindo o percurso natural do nariz;
- Inclinar ligeiramente o cateter para baixo e avançar para a porção posterior da faringe. Não deve se fazer força por meio das narinas. Em adultos o cateter deve ser inserido aproximadamente 16 cm; em crianças mais velhas, de 8 a 12 cm; em bebês de 4 a 8 cm.
- Aplicar sucção intermitente (látex desclipado) com duração de até 15 segundos;
- A sonda deverá ser retirada por meio de rotação para trás e para frente entre o polegar e o dedo indicador;
- Durante a aspiração observar simultaneamente o padrão respiratório, a coloração da pele e agitação (prevenir hipóxia) e verificar saturação de oxigênio com o oxímetro de pulso e atentar para valores <95%;
- Enxaguar o cateter e o látex com SF 0,9% até que fiquem limpos;
- Repetir a aspiração (caso necessário) com intervalo de no mínimo, 20 a 30 segundos e de acordo com a tolerância do paciente;
- Seguir a ordem nariz-boca. Nunca aspirar as narinas com a mesma sonda que aspirou a boca;
- Retirar a sonda da ponta do látex depois de realizado o procedimento. Enrole a sonda na mão da luva e retire a luva mantendo a sonda dentro da mesma, jogando-as no lixo;
- Limpar o látex aspirando no mínimo 20ml de água destilada ou SF 0,9%;
- Proteger a abertura do intermediário com uma gaze ou invólucro estéril;
- Proporcionar conforto ao paciente, manter o ambiente limpo e em ordem;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Efetuar registro de enfermagem no prontuário do paciente (quantidade e características da secreção aspirada).

Observação

- O técnico de enfermagem só poderá aspirar com autorização do enfermeiro e em casos específicos;
- A aspiração da orofaringe segue as mesmas etapas descritas para a aspiração da nasofaringe. Durante a execução da técnica, atentar-se as seguintes especificidades:
- Durante a aspiração conversar com o paciente para que ele possa manter a boca aberta. Caso tenha dificuldades, poderá ser utilizado a cânula de Guedel para manter a boca levemente aberta;
- A aspiração deverá conduzida por meio da movimentação da sonda ao redor da boca, incluindo a faringe e a linha da gengiva, até que as secreções sejam limpas;



- Encorajar o paciente a tossir e repetir a aspiração se necessário;
- Cada manobra de aspiração deve durar de 10 a 15 segundos;
- Deve-se deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos entre as aspirações;
- A instilação de solução salina estéril na via respiratória antes da aspiração está contraindicada, pois pode aumentar a incidência de pneumonia nosocomial por deslocar as bactérias da parede das vias aéreas;
- Manter o frasco de aspiração limpo conforme rotina do setor;
- Trocar o látex de aspiração somente em caso de sujidades ou rachaduras e desprezar em lixo adequado após a alta do paciente;
- Sempre observar presença de desvio de septo, pólipos, obstruções, lesões, epistaxe, edema de mucosa, etc.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.

3 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CURATIVOS E TRATAMENTO DE FERIDAS	CÓDIGO: POP.PEQ.016	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Conforme prescrição médica ou do enfermeiro.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a limpeza de feridas em seus diversos estágios, com posterior cobertura curativa ou protetiva.			
OBJETIVO Evitar que feridas sejam foco de infecções; Promover cicatrização de lesões.			
NORMAS CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA Material - EPI: luvas de procedimento e máscara cirúrgica; - Kit curativo (pinças cirúrgicas “Kelly, anatômica ou dente de rato”, tesoura) ou luva estéril; - Frasco de SF 0,9% sistema aberto; - Clorexidina alcóolica ou Álcool 70%; - Pacotes de gaze estéril; - Saco de lixo para curativo; - Fita adesiva hipoalergênica; - Lençol ou impermeável. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS antes e após preparar o material; - Reunir todo o material; - Colocar a bandeja com o material sobre a mesa-de-cabeceira, previamente desinfetada, mantendo o ambiente livre de correntes de ar; - Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; - Garantir a privacidade do paciente, descobrir apenas a área a ser tratada; - Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura; - Colocar o recipiente de descarte próximo ao paciente; - Colocar impermeável e/ou lençóis próximo à ferida para reter a solução drenada, evitando umedecer outras áreas; - Paramentar-se com os EPI;			



Em caso de optar por Kit curativo:

- Abrir o kit curativo estéril com técnica asséptica;
- Abrir os pacotes de gazes esterilizadas e coloca-las sobre o campo estéril com técnica asséptica;
- Colocar as pinças sobre o campo da bandeja com os cabos voltados para a borda, manuseando-as pelo lado externo do campo;
- Desprender a fita hipoalergênica com auxílio de pinça e gaze embebida em solução fisiológica;
- Remover o curativo anterior com a pinça dente-de-rato, desprezando o curativo no lixo e a pinça na borda do campo;
- Montar uma "trouxinha" de gazes esterilizadas utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%;
- Limpar a ferida em sentido único, utilizando as faces da "trouxinha" umedecida e trocando quantas vezes forem necessárias. Desprezê-las no recipiente de descarte;
- Limpar as regiões laterais da ferida em sentido único, utilizando as faces da "trouxinha" umedecida com SF 0,9% e trocando-a quantas vezes forem necessárias;
- Montar uma "trouxinha" de gazes esterilizadas e secas utilizando a pinça cirúrgica e passa-la sobre a ferida e depois em suas laterais, utilizando todas as faces e trocando-as quantas vezes forem necessárias;
- Umedecer gaze com Clorexidine alcoólica ou álcool 70 % e limpar pele ao redor da ferida também em movimento circular e de dentro para fora;
- Aguardar secar a cicatriz cirúrgica;
- Ocluir a ferida com duas ou mais lâminas de gazes esterilizadas dobradas no sentido horizontal e fixa-las com fita adesiva hipoalergênica;

Em caso de optar por luva estéril no lugar do Kit curativo:

- Abrir o pacote de luva estéril;
- Abrir sobre o pacote de luva aberto os pacotes de gaze;
- Calçar luva estéril na mão destra;
- Pegar um chumaço de gaze;
- Pegar com a mão esquerda o frasco de SF 0.9% e umedecer a gaze;
- Limpar a ferida em movimento único circular e de dentro para fora;
- Repetir procedimento até total limpeza da ferida;
- Umedecer gaze com Clorexidine alcoólica ou álcool 70 % e limpar pele ao redor da ferida também em movimento circular e de dentro para fora;
- Aguardar secar a cicatriz cirúrgica;
- Ocluir a ferida com duas ou mais lâminas de gazes esterilizadas dobradas no sentido horizontal e fixa-las com fita adesiva hipoalergênica;

Seguir deste ponto após orientação de curativo com luva estéril ou com kit curativo:

- Colocar data, nome do profissional que executou ou procedimento;
- Recolher os materiais;
- Retirar os EPI;
- Recompôr a unidade e o cliente;
- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado aos materiais e encaminhar bandeja, pinças, tesouras e bacias para o expurgo para posterior esterilização;



- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

- Proceder às anotações de enfermagem no prontuário constando: técnica do curativo, características da ferida e da pele adjacente, quantificação de materiais utilizados e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

Observações

- Realizar o curativo com técnica asséptica 24 horas após a sutura e mantê-lo ocluído por mais 24 horas, desde que o curativo esteja seco;

- Manter a ferida cirúrgica aberta após 48 horas da cirurgia e/ou quando não apresentar complicações de deiscência e saída de secreções;

- Realizar a limpeza com água e sabonete líquido neutro, quando não mais houver indicação de curativo esterilizado;

- Utilizar essa técnica para curativos de drenos, cateteres de acesso venoso central. Porém, utilizar álcool 70% ou clorexidina alcóolica apenas em curativos de cateteres;

- Utilizar luvas de procedimento para a retirada do curativo anterior, e luvas esterilizadas quando o procedimento não for realizado por meio de instrumentais.

CURATIVO EM FERIDA ABERTA

Material

- Pacote estéril de curativo contendo (1 - pinça anatômica, 1 - pinça Kelly ou Kocher e 1 – pinça anatômica dente de rato) ou luva estéril;

- Frasco ou almotolia de Solução fisiológica a 0,9% (SF) (preferencialmente aquecida);

- Seringa de 20 mL e sonda de aspiração nº 08, se lesões com tunelização e deiscência de 1 ou 2 pontos com presença de exsudato;

- Bandeja de inox;

- Pacotes de gazes esterilizadas;

- Espadrapo, fita crepe ou micropore;

- Luvas de procedimento;

- Cuba rim ou bacia;

- Forro de papel, pano ou impermeável;

- Solução antisséptica (se prescrito);

- Tratamento de escolha (coberturas) quando indicado;

- Ataduras (se necessário);

- Biombo (se necessário);

- Saco plástico para descarte de resíduos;

- Régua própria ou de papel para feridas.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

- Reunir o material necessário para o curativo;

- Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar;

- Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;

- Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;

- Zelar pela privacidade do paciente;

- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica (ver o POP.HIG.005 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCÓOLICA);

- Calçar as luvas, touca, óculos de proteção e avental descartável;

- Descobrir a área a ser tratada e proteger a cama com forro de papel, pano ou impermeável;

- Colocar o paciente em posição apropriada e de fácil acesso a área a ser tratada;



- Abrir o pacote de curativo ou luva estéril na bandeja, colocando as pinças com os cabos voltados para a borda do campo, se kit curativo;
- Colocar as gazes, em quantidade suficiente para uso, sobre o campo estéril;
- Umedecer o curativo que está no paciente com SF 0,9% para facilitar a sua remoção;
- Com o auxílio da pinça kelly, dobrar a gaze;
- Remover o curativo anterior com a pinça anatômica dente de rato ou com luva de procedimento, colocando-o no saco plástico para resíduos e a pinça no local apropriado (fora do campo estéril);
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% a uma distância em torno de 10cm do leito da ferida ou limpar a ferida com jatos de SF 0,9% aspirado por meio da seringa de 20 mL e sonda de aspiração, se lesões com tunelização e deiscência de 1 ou 2 pontos com presença de exsudato;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com gaze umedecida com soro fisiológico, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora, utilizando as duas faces da gaze;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida;
- Observar a característica da lesão e exsudato;
- Embeber as gazes com SF 0,9% e cobrir toda a extensão da ferida, para mantê-la úmida e utilizar o gaze seco para terminar de cobrir; Se for colocar alguma cobertura não utilizar a gaze umedecida com SF 0,9%, colocar a cobertura indicada e o curativo secundário com gaze seca;
- Proteger a ferida com gaze e fixar com fita adesiva e/ou atadura;
- Envolver as pinças no próprio campo estéril, se uso de kit curativo e encaminha-las ao expurgo;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência prestada e condições da ferida nos registros de enfermagem.

Observações

- Curativos úmidos são contraindicados em locais de inserção de cateteres, introdutores, fixadores externos, drenos e sondas;
- A SF 0,9% é indicada para limpeza e tratamento de feridas com cicatrização por segunda ou terceira intenção, pois auxilia na limpeza e umedece a ferida (a utilização de SF 0,9% é indicada para limpeza de todas as feridas (primeira, segunda e terceira intenção, drenos e cateteres, esses últimos antes da utilização de solução antisséptica. Esse procedimento favorece a formação de tecido de granulação e amolece os tecidos desvitalizados, se possível utilizar SF 0,9% morno);
- A manutenção do calor no local da ferida é importante para favorecer o processo de cicatrização. Por isso, recomenda-se utilizar SF 0,9% aquecido para manter a temperatura constante da ferida, o que estimula a atividade celular;
- A ferida demora 40 minutos para voltar à temperatura normal e três horas para a atividade mitótica retornar a sua velocidade normal se não utilizar SF 0,9% aquecido;
- Em curativos com muito exsudato, utilizar cuba rim ou bacia sob a área da ferida durante o curativo;
- Nos casos em que o paciente necessitar de vários curativos, começar pela lesão mais limpa, seguindo para as mais infectadas;
- Realizar desbridamento químico de tecidos desvitalizados, quando necessário. Ou comunicar ao médico para providenciar desbridamento cirúrgico;
- O curativo deve ser oclusivo e mantido limpo e seco. Não ocluir completamente o curativo com esparadrapo impermeável;
- O número de trocas do curativo está diretamente relacionado à quantidade de exsudato, devendo ser trocado sempre que úmido para evitar colonização e dermatites em região perilesional;
- O curativo deve ser protegido durante o banho;



- As soluções antissépticas degermantes são contraindicadas em feridas abertas, pois os tensoativos afetam a permeabilidade das membranas celulares, produzem hemólise e são absorvidos pelas proteínas, interferindo prejudicialmente no processo cicatricial;
- Curativo não aderente estéril é recomendado nos casos em que há necessidade de prevenir aderência nos tecidos;
- Em feridas com exsudato purulento deve ser coletada cultura – fragmento ou lavado, para monitorização microbiológica;
- Executar a limpeza utilizando sonda de nelaton (para aspiração de exsudato e/ou irrigação com soro fisiológico) quando houver dificuldade de limpeza usando gaze estéril, tais como: lesões com tunelização e deiscência de 1 ou 2 pontos com presença de exsudato. Atentar para fístulas (apresentam exsudato bilioso ou com características de fezes ou urina), não há indicação de exploração/irrigação.

CURATIVOS ESPECÍFICOS

Observações

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

Feridas com drenos

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

Cateteres, introdutores e fixadores externos

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

Observações

- Em presença de granuloma, manter gaze embebida com NaCl 20% por 10 minutos, três vezes ao dia, secar a pele ao retirar a compressa; comunicar e registrar;
- Em presença de vazamento de dieta ou líquido gástrico, dermatites irritativas, aplicar película spray para proteção cutânea; comunicar e registrar em prontuário;
- Se sinais de infecção (eritema, calor, dor, edema, exsudato purulento), solicitar avaliação médica e da Comissão de Pele para indicação de espuma ou hidrofibra com prata;
- Após 8º dia, realizar higiene da pele periestoma com água morna e sabonete neutro três vezes ao dia e sempre que necessário.

Curativo na traqueostomia

- Colocar o paciente na posição de *Fowler* e proteger o seu tórax com um forro;
- Abrir o pacote de curativo;
- Calçar luva estéril;



- Verificar se o "cuff" está insuflado, se a cânula for plástica. Realizar aspiração na traqueostomia, se necessário;
- Remover o curativo anterior;
- Umedecer a gaze estéril com SF 0,9% e limpar ao redor do orifício da traqueostomia, por meio de movimentos semicirculares unidirecional com os dois lados da gaze;
- Secar ao redor do orifício da traqueostomia com gaze estéril;
- Trocar o cadarço da cânula;
- Colocar gaze estéril ao redor da traqueostomia.

Observações

Se a cânula for metálica realizar limpeza de subcânula 2x/dia conforme orientações abaixo:

- Remover subcânula e colocá-la submerso em água oxigenada por alguns minutos;
- Limpar subcânula com auxílio de cotonete e /ou pinça Kely com gaze até remoção de toda sujidade e crostas;
- Lavar com solução fisiológica; o Friccionar com álcool 70%, aguardar evaporar e reposicionar subcânula;
- Evitar saída acidental da cânula e obstrução da cânula.

TRATAMENTO DE FERIDAS COM CURATIVOS ESPECÍFICOS

Tratamento	Indicação	Trocas
Ácidos Graxos essenciais (AGE)	Hidratação da pele e utilização em lesões superficiais abertas com tecido de granulação, sem infecção.	A cada 24 horas.
Clorexidina alcóolica 0,5%	Inserção de drenos ou cateteres.	A cada 24 horas ou quando o curativo estiver sujo ou úmido.
Cobertura seca com SF 0,9%	Feridas suturadas; inserção de drenos e cateteres antes da solução antisséptica.	A cada 24 horas ou quando o curativo estiver sujo ou úmido.
Curativo úmido com SF 0,9%	Feridas com cicatrização por 2° ou 3° intenção.	A cada 24 horas ou na presença de grande quantidade de exsudato.
Papaína 2%	Utilização em lesões superficiais abertas com tecido de granulação, sem infecção.	A cada 24 horas.
Papaína 4%	Feridas com presença de esfacelo, sem infecção.	A cada 24 horas.
Papaína 6%	Indicada nas feridas com tecido necrótico liquefeito.	A cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo.
Papaína 10%	Indicada exclusivamente nas feridas com tecido necrótico coagulativo.	A cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo.
Sulfadiazina de prata pomada	Queimaduras e lesões superficiais abertas com tecido de granulação, sem infecção.	A cada 12 horas (no máximo).
Carvão ativado	Lesões neoplásicas; feridas muito exsudativas e infectadas.	7 dias ou antes de acordo com a saturação.
Colagenase pomada	Indicada exclusivamente nas feridas com tecido necrótico (liquefação e coagulação).	A cada 24 horas.
Hidrocolóide em placa	Feridas com baixa exsudação, por exemplo, lesão por pressão, úlceras venosas, pé diabético, queimaduras de 2° grau, prevenção de bolhas em atletas e pé diabéticos, abrasões e escoriações. Não é recomendado para feridas infectadas.	3 a 7 dias (conforme exsudação).



Hidrogel	Feridas secas ou com baixo exsudato, feridas com perda tecidual parcial ou total, feridas com tecido necrótico, áreas doadoras de enxerto, queimaduras de primeiro e segundo graus, dermatites e úlceras.	Feridas infectadas (24 horas) e feridas não infectadas até 72 horas.
Hidrogel com alginato	Feridas com tecido necrótico e exsudativas. Não utilizar em feridas com tecido de granulação.	A cada 24 horas.
Alginato de Cálcio	Ferida operatória nas quais seja necessário hemostasia e feridas muito exsudativas e com infecção, por exemplo, úlceras crônicas e lesão por pressão.	7 dias ou antes de acordo com a saturação.

Observações

- Deve ser realizado após avaliação do médico ou do enfermeiro.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

3 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Comissão de prevenção e tratamento de feridas. POP: ENF-8.3. Versão: 01. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2018.

4 - Protocolo de cuidados de feridas / Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2008.

5 - COLARES, C. M. P. et al. Cicatrização e Tratamento de Feridas: A Interface do Conhecimento à Prática do Enfermeiro. Revista Enfermagem em Foco, Goiás, v. 10, n. 3, p. 52-58, 2019.

6 – SMANIOTTO, P. H. S. et al. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 27, n.4, p. 623-6, 2012;

7 - Procedimentos Operacionais Padrão. POP.SCIRAS (COMPILADO). Curativo. Universidade Federal de Pernambuco. Hospital da Clínicas Prof. Romero Marques. Versão1, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
06/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP IRRIGAÇÃO VESICAL DE MOMENTO OU CONTÍNUA	CÓDIGO: POP.PEQ.017	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Conforme prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Drenagem de urina ou líquidos introduzidos pela terceira via da sonda vesical de demora.			
OBJETIVO Manter a permeabilidade de cateteres de demora; Remover sedimentos, coágulos, urina em decomposição ou fins terapêuticos.			
NORMAS Material - Luvas de procedimento; - Sonda de Foley 3 vias; - Coletor fechado; - Pacote cateterismo estéril; - Seringa 20cc; - 15 ml de água destilada; - 1 agulha de aspiração (40x12); - Equipo de soro; - SF 0,9% conforme prescrição médica; - Solução anti-séptica tópica; - Gaze; - Xilocaína geleia; - Luva estéril; - Saco plástico para resíduos. - Seringa de 60 ml com bico ideal (se irrigação de momento); - Cuba rim (se irrigação de momento); - Dispositivo transferidor de soluções ou Transofix® (se irrigação de momento). Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Verificar prescrição médica; - Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;			



- Preparar o ambiente, organizar o material necessário e coloca-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
- Passar sonda vesical Foley 3 vias (Conforme POP de sondagem vesical);
- Conectar o equipo de soro ao SF 0,9% e a outra extremidade à sonda vesical de três vias para iniciar a irrigação;
- Deixar infundir o soro em gotejamento conforme prescrição médica, trocando o frasco sempre que o mesmo estiver vazio;
- Não desconectar o cateter ou tubo de drenagem, exceto para desobstrução e se isso for necessário, utilizar técnica asséptica.
- Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e esvaziar a bolsa coletora regularmente; - Realizar o balanço de volume infundido e drenado;
- Se irrigação de momento: transferir solução de irrigação sistema fechado para cuba rim estéril através do transfix® e utilizar seringa de 60cc para aspirar e infundir diretamente na via de irrigação da sonda. Sempre utilizando técnica asséptica e infundir quantidade conforme prescrição médica;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Registrar o procedimento no prontuário da paciente.

Observações

- Calcular a quantidade de líquido irrigado ou instalado e subtrair do total eliminado (isso deve ser anotado nos registros de enfermagem);
- Avaliar as características do conteúdo eliminado (cor, viscosidade, transparência, odor, e presença de matéria, como por exemplo, coágulos de sangue);
- Monitorar sinais de febre no paciente;
- O técnico de enfermagem poderá instalar a irrigação após avaliação prévia do enfermeiro;
- Na irrigação vesical emprega-se a sonda de Foley de três vias: a primeira via, destinada a insuflar o balonete com água destilada, a segunda, para instalar a irrigação e a terceira para drenagem da urina.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.
- 3 - Procedimentos Operacionais Padrão: Divisão de Enfermagem – Gerência de Atenção à Saúde – Florianópolis: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE	CÓDIGO: POP.PEQ.018	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Equipe de enfermagem, maqueiros e médicos.			
PERIODICIDADE Sempre que houver necessidade.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a movimentação e transporte do paciente para locomoção no ambiente de internação.			
OBJETIVO Transportar o paciente com segurança; Evitar esforços desnecessários, consequentemente prevenir danos ocupacionais.			
NORMAS PASSAR O PACIENTE DA CAMA PARA MACA E VICE-VERSA Materiais necessários - Maca; - Lençol. Descrição do procedimento com auxílio do lençol móvel (necessário quatro pessoas) - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Preparar a maca; - Orientar o paciente sobre o movimento que será realizado; - Descer em leque a colcha e o sobre lençol que está cobrindo o paciente; - Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas junto ao paciente; - Colocar a maca paralela e encostada na cama; - Posicionar duas pessoas ao lado da cama e duas ao lado da maca, segurando o lençol móvel; - Em um movimento sincronizado, as quatro pessoas passam o paciente para a maca ou cama; - Apoiar a cabeça, se o paciente estiver inconsciente ou impossibilitado de colaborar; - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS. Descrição do procedimento sem auxílio do lençol móvel (necessário três pessoas) - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Preparar a maca; - Orientar o paciente sobre o movimento que será realizado; - Colocar um lençol sob o paciente;			

- Abaixar a colcha e o sobre lençol que cobre o paciente;
- Envolver o paciente com o lençol;
- Colocar a maca em ângulo reto com a cama (cabeceira da maca e os pés da cama);
- As pessoas posicionam ao lado do paciente, por ordem de altura;
- **A mais alta na cabeceira:** coloca um braço sob o ombro ou a cabeça, e o outro sob a região pélvica;
- **A média, no meio:** coloca um braço sob a região pélvica, cruzando-o com o da cabeceira e o outro sob o terço médio das coxas;
- **A mais baixa, nos pés:** coloca um braço na região lombar, cruzando com a do meio, e o outro segura o dorso dos pés;
- Em um movimento sincronizado, colocar o paciente na beira da cama, levantá-lo, trazendo-o próximo ao peito e transportar cuidadosamente para a cama ou maca;
- Soltar o lençol que o envolve e cobri-lo devidamente;
- Utilizar o travesseiro para apoiar a cabeça, caso não tenha restrições;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

SENTAR O PACIENTE EM CADEIRA CONVECCIONAL OU CADEIRA DE RODAS

Material

- Cadeira convencional ou cadeira de rodas;
- Escadinha (se necessário);
- Chinelos e roupão;
- Forro;
- Cobertor.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Preparar a cadeira com o forro e um cobertor dobrado sobre o assento;
- Orientar o paciente sobre o movimento que será executado e a forma como ele poderá colaborar, caso tenha condições;
- A baixar a roupa de cama em leque;
- Posicionar a cadeira obliquamente próxima à cama;
- Travar as rodas da cadeira com trava própria ou pedir para que alguém segure a cadeira;
- Virar o paciente de lado, colocando um braço sob o ombro do paciente e outro, na região poplíteia. O braço mais distante do paciente se apoia no ombro de quem está auxiliando e com um movimento simultâneo, sentar o paciente na cama;
- Observar o estado geral do paciente (não deixa-lo sozinho);
- Vestir-lhe o roupão;
- Levantar o paciente. As mãos do paciente devem estar apoiadas nos ombros de quem está auxiliando na movimentação. O executante deve segurar a cintura do paciente ou estar com os braços em posição de alavanca sob as axilas;
- Virar e sentar o paciente na cadeira;
- Calçar os chinelos e cobri-lo;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

MOVIMENTAR O PACIENTE DA CADEIRA PARA O LEITO

Descrição do procedimento



- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Orientar o paciente sobre o movimento que será executado e a forma como ele poderá colaborar, caso tenha condições;
- Colocar a cadeira obliquamente próxima à cama, no lado contrário ao que vai utilizar para a sua saída;
- Travar as rodas da cadeira com trava própria ou pedir para que alguém segure a cadeira;
- Auxiliar o paciente a levantar-se segurando-o pela cintura ou com os braços em posição de alavanca sob as axilas; As mãos do paciente devem estar apoiadas sobre o abdome;
- Ajudar o paciente a sentar-se na cama, usando a escadinha;
- Tirar o roupão e os chinelos;
- Deitar o paciente e deixá-lo de forma confortável;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

TRANSFERÊNCIA DO LEITO PARA POLTRONA EM PACIENTES IMPOSSIBILITADOS (NECESSÁRIO DUAS PESSOAS)

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Colocar a poltrona próxima à cama;
- Uma pessoa com os braços em posição de alavanca sob as axilas, segura o tórax e outra segura alça as pernas na região poplíteica;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

Observações

- A movimentação e o transporte do paciente envolvem risco eminente de quedas e lesões tegumentares; - A equipe de enfermagem deve estar atenta à forma como conduzir essas atividades e evitar agravos no paciente. Além disso, a ergonomia deve fazer parte da rotina de trabalho da enfermagem;
- Fazer uma pequena contagem para todos os envolvidos agirem em conjunto, somando forças, empregando princípios de ergonomia. Por exemplo, pode-se contar 1, 2, 3, já e executar a movimentação e/ou o transporte.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP OXIGENOTERAPIA	CÓDIGO: POP.PEQ.019	PÁGINA: 1 - 4
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Conforme prescrição médica.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente.			
OBJETIVO Tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia; Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.			
NORMAS Material - Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro); - Bandeja e/ou cuba rim; - Manômetro com Fluxômetro de O₂; - Frasco umidificador; - Álcool a 70%; - O1 conexão de látex ou extensor; - Frasco com 250ml de água destilada (Não utilizar em período de epidemia de vírus com transmissão respiratória); - Cateter nasal nasofaringe/cateter nasal tipo óculos ou máscara de oxigênio compatível com o paciente; - Gaze não estéril (se cateter nasal); - Esparadrapo e/ou micropore (se cateter nasal); - Luvas de procedimento; - Lubrificante hidrossolúvel (se cateter nasal); - Tabela de autonomia do cilindro de oxigênio. Descrição do procedimento - Ler a prescrição do paciente, observando qual dispositivo a ser utilizado e o fluxo de oxigênio; - Realizar higienização das mãos com água e sabão; - Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento; - Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea; - Higienizar as mãos com álcool a 70%; - Separar o material para o procedimento, de acordo com a prescrição, colocando-o na bandeja;			



- Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo. Lembrando que não é indicado para períodos de epidemias de doenças virais por transmissão respiratórias;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e orientar quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- Higienizar as mãos com álcool a 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Aferir a frequência respiratória e frequência cardíaca do paciente, avaliar os sinais de hipóxia e presença de secreção em vias aéreas, aspirando-o se necessário;
- Avaliar os valores mais recentes de gasometria arterial, se disponível;
- Instalar oximetria de pulso, registrando o resultado inicial, se disponível;
- Elevar cabeceira do leito do paciente entre 30° a 45°;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O₂ e realizar o teste de funcionamento;
- Conectar o umidificador ao fluxômetro;
- Controlar o fluxo de oxigênio antes de conectar o dispositivo no paciente liberando a saída de oxigênio de 3 a 5 litros/minuto ou conforme prescrição médica (confirmar borbulhamento dentro do umidificador ou a presença de ar na extremidade da conector do frasco);
- Colocar o cateter nasal ou máscara de oxigênio de acordo orientações específicas de cada dispositivo;
- Colocar o látex ou extensor no umidificador (ajustar o fluxo antes para não abrir demasiadamente o fluxômetro e assustar o paciente);
- Posicionar o paciente confortavelmente, com a cabeceira da cama elevada (caso não tenha contraindicações);
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência prestada nos registros de enfermagem.

CATETER NASAL (nasofaringe):

- Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- Lubrificar a ponta do cateter, antes da introdução, com lubrificante hidrossolúvel;
- Introduzir o cateter nasal até local marcado;
- Fixar o cateter com esparadrapo e/ou micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sint-se confortável;
- Fluxo em litros: menor que 3 litros/minutos;
- FiO₂: varia com o fluxo inspiratório.

CATETER NASAL (tipo óculos):

- Colocar a saída de oxigênio nas narinas do paciente;
- Introduzir as pontas da cânula nas narinas do cliente e ajustar acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana;
- Utilizar a presilha para ajustar o dispositivo no paciente, de modo que não fique com folga ou apertado demasiadamente;
- Fluxo em litros: 1 a 6 litros/minutos;
- FiO₂: 24% a 50%.

MÁSCARA FACIAL DE OXIGÊNIO (simples):



- Montar a máscara, conectando a máscara no conector e depois na extensão;
 - Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
 - Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
 - Conectar a extensão ao umidificador sem água;
- Fluxo em litros: 5 a 10 litros/minutos;
- FiO2: 40% a 60%.

MÁSCARA DE VENTURI:

- Montar a máscara, conectando: máscara no conector, traqueia no conector, escolher o pino de acordo com a FiO2 prescrita, e conectar junto com o copo para nebulização na extremidade distal da traqueia, posteriormente conectar a extensão ao pino;
- Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
- Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- Conectar a extensão ao umidificador sem água;
- Fluxo em litros: 3 a 15 litros/minutos;
- FiO2: 24% mais 50%.

Cores dos Pinos	Concentração de O2	Fluxo O2 sugerido
Azul	24%	3 l/min
Amarelo	28%	6 l/min
Branco	31%	8 l/min
Verde	35%	12 l/min
Rosa	40%	15 l/min
Laranja	50%	15 l/min

MÁSCARA-NÃO-REINALANTE:

- Verificar se a máscara está completa: válvulas laterais em silicone (direita e esquerda), válvula interna em silicone. Se estiver incompleta, providenciar a substituição;
- Montar a máscara, conectando: máscara no conector com bolsa reservatório, posteriormente conectar a extensão no corpo do conector principal;
- Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
- Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do paciente;
- Conectar a extensão ao umidificador sem água;
- Fluxo em litros: 6 a 15 litros/minutos;
- FiO2: 60% a 90%.

Observação

- Seguir rigorosamente o limite máximo e mínimo de fluxo para cada dispositivo, e nunca ultrapassar 15 litros/min. Essa orientação deve-se a evitar desperdícios, pois fluxos além do especificado não são aproveitados pelo paciente;
 - Observar desconforto ou lesões no pavilhão auricular, devido a uma fixação inadequada;
- A administração do oxigênio em alta velocidade de fluxo deve ser sempre administrada através de um sistema de umidificação, para evitar que ele resseque as mucosas do trato respiratório, porém, a umidificação está contraindicada em períodos de epidemia de doenças virais com transmissão por via respiratória;
- Quando possível, manter monitorização da oximetria digital;
 - Avaliar as condições do quarto para garantir que esteja seguro para a administração de oxigênio (deve ser proibido fumar no local ou usar velas durante rituais religiosos);
 - Manter os torpedos de oxigênio na vertical, longe de aparelhos elétricos e/ou fontes de calor;



- Anotar no prontuário do paciente, o horário de início, a quantidade e o meio de administração da oxigenoterapia;
 - Trocar diariamente a cânula, os umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos à umidade;
 - Monitorar o funcionamento do sistema de oxigênio constantemente, observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros administrada por minuto;
 - Monitorar sinais vitais, nível de consciência e sinais de hipóxia no paciente. Na presença de alterações, comunicar a enfermeira responsável pelo setor e realizar anotação nos registros de enfermagem;
 - Se administração de oxigênio for contínua, trocar o cateter no mínimo a cada 24 horas, alternando as narinas, evitando assim ferimentos da mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção;
 - Sempre avaliar a necessidade de desmame junto a equipe médica;
- DESMAME DE O₂:**
- A oxigenoterapia deverá ser reduzida gradualmente à medida que o paciente se recupera e consiga manter uma SpO₂ de 94 a 98% respirando em ar ambiente;
 - Pacientes que apresentam danos respiratórios ou lesão cardíaca podem necessitar de oxigenoterapia domiciliar, após alta hospitalar;
 - A SpO₂ deve ser monitorada por 5 minutos depois de interromper a oxigenoterapia;
 - Se a SpO₂ cair abaixo da faixa alvo do paciente, após a retirada do O₂, deve-se reiniciar o uso de O₂ com a menor concentração necessária para manter a SpO₂ alvo.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 3 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.
- 4 – Procedimento Operacional Padrão (POP). Oxigenoterapia Hospitalar em adultos e idosos. POP.UR.019 – Página 1/13. Revisões: 02. Divisão de Enfermagem. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2019.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP POSIÇÕES TERAPÊUTICAS E MUDANÇA DE DECÚBITO	CÓDIGO: POP.PEQ.020 REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	PÁGINA: 1 - 7 DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Diariamente, de horário definido ou sempre que achar necessário.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO São maneiras específicas de posicionar o paciente.			
OBJETIVO Realização de cirurgias ou exames; Para dar conforto; Melhora da função pulmonar; Otimização da oxigenação; Melhora da relação ventilação/perfusão; Redução do trabalho respiratório; Diminuição do trabalho cardíaco; Prevenção e resolução de atelectasias; Desenvolvimento neurosensorial e psicomotor; Prevenção de encurtamento e deformidades; Diminuição de incidência de lesões por pressão.			
NORMAS Material Equipamentos de proteção individual conforme tipo de precaução; Coxins, travesseiros e protetores de proeminências ósseas; POSIÇÃO DORSAL, SUPINA OU HORIZONTAL  Descrição do procedimento O paciente encontra-se deitado de costas, com as pernas estendidas e membros superiores ao lado do corpo. Observação - Indicado para exame físico e conforto;			

- Aliviar pressão de proeminência óssea em região trocantérica e anterior do joelho;

POSIÇÃO VENTRAL OU PRONA



Descrição do procedimento

Deitada sobre o peito e abdômen, com a cabeça voltada para um lado, as extremidades superiores estendidas junto ao corpo ou flexionadas no cotovelo e as extremidades inferiores estendidas.

Observação

- Indicado para exame físico da coluna;
- Melhorar a oxigenação sanguínea durante tratamento de doenças específicas (Ex. Covid-19);
- Aliviar pressão de proeminência óssea em região occipital, escapular, sacral e calcânea;

POSIÇÃO DE SIMS



Descrição do procedimento

É uma posição de decúbito lateral esquerdo com o braço e a perna deste lado estendidos e a extremidade inferior direita flexionada no quadril e joelho. O braço esquerdo pode ser colocado sob a cabeça ou estendido ao longo do tronco, de modo que o peso do corpo repouse sobre o peito.

Observação

- Indicado para exame físico vaginais e retais (manuais e endoscópicos), conforto, lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura;
- Aliviar pressão de proeminência óssea em região occipital, escapular, sacral, calcânea e trocantérica;
- É recomendado como posição de segurança em caso de acidente com perda de consciência e risco de vômitos.

POSIÇÃO LATERAL OU DECÚBITO LATERAL (ESQUERDO OU DIREITO)



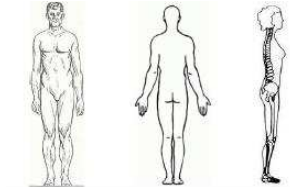
Descrição do procedimento

Posição lateral direita ou esquerda, com a perna que está acima flexionada, afastada e apoiada em uma superfície de repouso. E o nome do decúbito lateral depende do lado do corpo que está em contato com o plano horizontal: esquerdo ou direito.

Observação

- Indicado para exame físico da coluna, conforto, quando há risco de broncoaspiração e convulsão;
- Aliviar pressão de proeminência óssea em região occipital, escapular, sacral, calcânea e trocantérica.

POSIÇÃO ORTOSTÁTICA OU ERETO



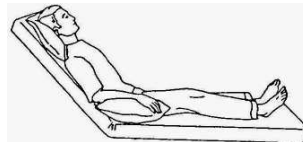
Descrição do procedimento

Paciente permanece em pé, com o corpo ereto, com os pés juntos, e os braços soltos junto ao corpo.

Observação

- Indicado para exames ortopédico, neurológico e de membros superiores e inferiores;

POSIÇÃO FOWLER (60°)



Descrição do procedimento

Posição dorsal em um plano inclinado de forma que as costas formem um ângulo de cerca de 60 graus com a horizontal. É obtido levantando a cabeceira da cama cerca de 60-80 cm.

Observação

- Indicado para descanso, conforto e facilitar a respiração, alimentação por sonda, diminuir o risco de broncoaspiração;
- Proporciona maior conforto a pessoas com problemas cardíacos ou respiratórios.

POSIÇÃO SEMI-FOWLER (45°)



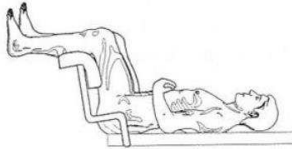
Descrição do procedimento

Posição dorsal em um plano inclinado de forma que as costas formem um ângulo de cerca de 45 graus com a horizontal. É obtido levantando a cabeceira da cama cerca de 40-50 cm.

Observação

- Indicado para descanso, conforto e facilitar a respiração, diminuir o risco de broncoaspiração.

POSIÇÃO LITOTÔMICA



Descrição do procedimento

O paciente fica em decúbito dorsal com as pernas afastadas e suspensas sobre perneiras.

Observação

- Indicado para exame físico, parto, cirurgia do períneo, vagina e reto.

POSIÇÃO GINECOLÓGICA



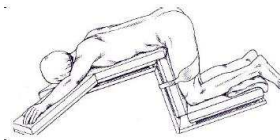
Descrição do procedimento

Consiste em uma posição em que o paciente permanece deitado em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas.

Observação

- Indicado para exame físico e coleta de material para exames do colo, cateterismo vesical e parto.

POSIÇÃO DE KRASKE (CANIVETE)



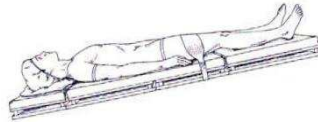
Descrição do procedimento

Paciente em decúbito ventral em que os glúteos são levemente inclinados, ficando braços e pernas em posição oposta, com os braços apoiados em telas.

Observação

- Indicado para cirurgia do reto e coluna lombar.

POSIÇÃO DE TRENDELEMBURG



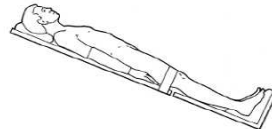
Descrição do procedimento

É uma posição supina em um plano inclinado de forma que a pelve fique mais alta que a cabeça e as coxas mais altas que a pelve. A pessoa é colocada em uma mesa inclinada a 45 graus, com a cabeça baixa e as pernas pendentes, apoiada em setor regulável.

Observação

- Indicado para cirurgias de órgãos pélvicos, estado de choque, hipotensão, laparotomia do abdome inferior.

POSIÇÃO DE TRENDELEMBURG INVERTIDA



Descrição do procedimento

É a posição oposta à anterior, ou seja, com a pessoa em decúbito dorsal em plano inclinado de forma que a cabeça fique mais alta que os pés.

Observação

- Indicado facilitar a respiração e prevenir broncoaspiração de vômitos;
- É usada em cirurgias para intervenções no pescoço, rosto e crânio, a fim de diminuir o fluxo sanguíneo e evitar a estagnação do sangue na área operada. Como também, usado em intervenções abdominais para modificar a situação das vísceras e expor melhor o campo operatório.

POSIÇÃO GENUPEITORAL



Descrição do procedimento

Paciente fica em decúbito ventral, com o tórax e coxas flexionadas mantendo a elevação do glúteo com apoio nos joelhos e cotovelos.

Observação

- Indicado para exame físico da vagina, reto e cólon.

MUDANÇA DE DECÚBITO

Descrição do procedimento

Retirar travesseiros e coxins que possam estar com o paciente;

Movimentar o paciente pelo lençol, em bloco, coordenando o movimento do esforço;

Após mobilização, utilizar coxins ou travesseiros para auxiliar o posicionamento;

Inspecionar as condições da pele do paciente, de acordo com as figuras, os pontos mais sensíveis para o surgimento de úlceras, que merecem cuidadosa inspeção em pacientes acamados ou restritos à cadeira;

Proteger os pontos de apoio com os materiais disponíveis, conforme prescrição de enfermagem;

Manter lençóis esticados, evitando rugas sob o paciente.

VIRAR O PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL COM OS BRAÇOS

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Deslocar um pouco o paciente do centro da cama para o lado oposto ao que será virado;
3. Colocar as pernas do paciente uma sobre a outra (cruzadas);
4. Colocar uma das mãos no ombro do paciente e a outra na região pélvica e, com um impulso virar o paciente para o lado direito ou esquerdo;
5. Colocar um travesseiro entre as pernas, um amparando o dorso e outro no abdome, para recostar o braço, deixando o paciente confortável;
6. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

COLOCAR EM DECÚBITO VENTRAL

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Virar o paciente em decúbito lateral;
3. Colocar uma das mãos no seu ombro e outra na coxa, auxiliando o paciente a ficar na posição adequada;
4. Colocar travesseiros sob suas pernas, peito e abdome, deixando o paciente confortável;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

LEVANTAR O PACIENTE PARA A CABECEIRA DO LEITO

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. A primeira pessoa coloca um braço no ombro e o outro na região glútea;
3. A segunda pessoa coloca um braço na região lombar e o outro na altura dos joelhos;
4. Em um movimento sincronizado, as duas levam o paciente para a cabeceira da cama;
5. Para abaixar o paciente na cama, utiliza-se o mesmo movimento em direção contrária;
6. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

*Pode-se utilizar o lençol móvel para executar essa mudança.

LEVANTAR O PACIENTE NA CAMA

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Colocar o paciente em posição de *Fowler*;
3. Colocar um dos braços sob o ombro do paciente até a axila oposta e o outro na região pélvica ou poplíteia;
4. Realizar movimento giratório;
5. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.

DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL

1. manter a cabeça em posição anatômica, alinhada com o tronco, evitando flexão, extensão e rotação lateral;
2. manter MMSS ao longo do corpo, evitando apoio sobre o peito ou abdome;
3. manter MMII estendidos ou levemente fletidos, evitando rotações laterais;



4. evitar equino dos pés (queda plantar), mantendo apoio na região plantar, de modo que os pés fiquem em ângulo de 90°.

SEMI-SENTADO

1. manter cabeça em posição anatômica;
2. manter MMSS laterais ao corpo, com apoio nos antebraços e mãos, atenção à dobra da cama (até 45°), sempre na altura dos trocânteres e nunca na altura da cintura;
3. manter MMII semi-fletidos, evitando grandes rotações laterais e pés apoiados.

Observação

Qualquer indivíduo na cama deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações 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 esquecimento;

Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo deve ser usado para manter as proeminências ósseas (como joelho 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.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 3 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.
- 4 – GRAMONT, K. Enfermagem Cirúrgica. NT Editora. Brasília: 2016. 182p.
- 5 - Hospital de Clínicas – HC, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Protocolo institucional Manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19. Versão 4º. Agosto/2020. Campinas-SP.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washintom Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS	CÓDIGO: POP.PEQ.021	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.			
PERIODICIDADE Sempre que tiver extrema necessidade.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Restrição da movimentação física de um paciente no leito por meio da aplicação de medidas de contenção.			
OBJETIVO Prevenir o risco de queda da cama em pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões; Prevenir acidentes em casos de agitação em pós-operatório ou em algumas situações que envolvem exames e tratamentos, em doentes mentais que apresentem perigo para si e para os outros, em crianças e adultos com doenças de pele, para evitar que cocem; em paciente não colabora para manutenção de sonda, cateteres, curativos e infusões venosas e em pacientes com alteração de comportamento e lucidez prejudicada.			
NORMAS Na restrição dos movimentos a técnicas mais comuns envolvem de: lençóis, ataduras elásticas, colete, cama com grade, atadura gessada e aparelho de tração ortopédica. Antes do procedimento: - Reunir os materiais; - Higienizar as mãos; - Explicar ao paciente/família a finalidade do procedimento; - Realizar o procedimento mais indicado para situação. RESTRIÇÃO COM LENÇÓIS Materiais necessários: - Lençóis (dobrar em diagonal até formar faixa de aproximadamente 25 cm de largura); - Algodão ortopédico. Etapas para execução: Restrição do ombro: - Colocar o lençol sob as costas do paciente, passando pelas axilas protegidas com algodão ortopédico; - Amarar no estrado da cabeceira da cama. Restrição do abdome (necessários dois lençóis): - Colocar um dos lençóis sobre o abdome do paciente e o outro, sob a região lombar;			



- Torcer juntas as pontas dos lençóis até ficar próxima ao corpo do paciente;
- Amarrar no estrado da lateral da cama.

Restrição dos joelhos:

- Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas no estrado da lateral da cama.

RESTRIÇÃO COM ATADURAS

Materiais necessários:

- Ataduras de 15 cm de largura e pelo menos um metro de comprimento;
- Algodão ortopédico.

Etapas para execução:

- Formar com a atadura uma figura em oito e apanhá-la pelos dois centros, formando uma argola;
- Prender o membro protegido com algodão ortopédico dentro da argola;
- Amarrar as extremidades da atadura, nas laterais da cama.

RESTRIÇÃO COM COLETE

- O colete é uma vestimenta reforçada, sem mangas, com tiras largas e longas, saindo de cada lado da parte da frente e cujas pontas são amarradas nas laterais da cama.

Observações:

- Avaliar criteriosamente, a necessidade para a restrição de movimentos. Deve ser aplicada somente nos casos de extrema necessidade;
- A restrição dos ombros deve ser realizada em conjunto com a restrição do abdome;
- Nuca fixar a restrição das mãos junto à cabeceira da cama;
- Na contenção do abdome evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica;
- Nas contenções, evitar fazer pressão sobre uma artéria;
- O profissional de enfermagem avalia o paciente a cada hora quanto aos sinais vitais, nível de consciência, pele e circulação sanguínea nos membros contidos;
- As proeminências ósseas devem ser protegidas antes de colocar o contensor;
- Os contensores devem ser completamente retirados no mínimo a cada 4 horas, por 30 minutos, proporcione conforto, mudança de posição, higiene pessoal. Se o paciente for violento, remova uma contenção de cada vez;
- Os contensores colocados em pacientes no leito ou na maca devem ser fixados à estrutura do leito e não nas grades laterais;
- Os contensores devem ser seguros a fim de que o paciente não os desfaça;
- Explicar cuidadosamente ao paciente e à sua família porque o contensor é necessário;
- Anotar no registro de enfermagem a avaliação antes e após o uso de contensores com foco na segurança e o nível de orientação do paciente, o tipo de contensor escolhido e a reação do paciente a ele.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.
- 3 - Procedimentos de enfermagem. Restrição dos movimentos do paciente. POP FACENF nº 09. UFJF – Juiz de Fora, 2019.



DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS

Edição 2.312 - Ano 19 - 19 de outubro de 2022 - Página 198

APROVAÇÃO		
Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE PACIENTES INTUBADOS E TRAQUEOSTOMIZADOS COM SISTEMA ABERTO	CÓDIGO: POP.PEN.001	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 05/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro, médico e fisioterapeutas.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).			
OBJETIVO Manter as vias aéreas livres e permeáveis garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico do paciente.			
NORMAS Material - Cateter de aspiração de tamanho adequado. Optar sempre pelo menor diâmetro que seja capaz de remover efetivamente as secreções (8 a 12 para adultos e 4 a 8 para crianças); - Extensor de silicone (borracha) esterilizado para aspiração; - Aspiradores de parede ou portáteis como fonte de aspiração com recipiente coletor; - Luvas estéreis; - Cânula de Guedel (se necessário); - Máscara, óculos de proteção e avental de manga longa; - Fonte de oxigênio e/ou maleta com reanimador manual equipada com dispositivo de oxigênio; - Oxímetro de pulso; - Solução fisiológica 0,9% ampolas de 20 ml ou seringa com 20 ml de SF 0,9%; - Campo estéril; - Lubrificante hidrossolúvel; - Gaze estéril; - Saco plástico para resíduos; - Cuba rim estéril. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Reunir o material necessário para a execução da técnica; - Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada e as formas como ele pode colaborar; - Preparar o ambiente e dispor os materiais em local próximo e de fácil acesso;			



- Colocar o paciente em posição de Semi-Fowle (se não houver contraindicação);
- Avaliar condições gerais do paciente e auscultar rigorosamente os pulmões;
- Verificar a fonte de aspiração ou ar comprimido que será utilizado;
- Colocar a máscara, os óculos de proteção e o avental de manga longa;
- Verificar se o paciente encontra-se em ventilação mecânica (assistida ou controlada) ou espontânea;
- Conectar uma extremidade do tubo conector no aparelho de aspiração e a outra num local conveniente próximo ao paciente. Ligar o aparelho e ajustar a regulação para uma aspiração apropriada;
- Abrir o Kit de aspiração apropriado ou o cateter, utilizando técnica asséptica. Caso tenha um campo estéril disponível, colocá-lo ao redor do tórax do paciente ou na mesa de cama auxiliar (não permitir que o cateter de aspiração toque em quaisquer objetivos não estéreis);
- Calçar a luva estéril;
- Pegar o cateter com a mão dominante sem tocar superfícies não estéreis;
- Pegar o tubo conector com a mão não dominante. O cateter deve estar seguro para inserção;
- Avaliar o funcionamento do aspirador, colocando a ponta do cateter dentro da cuba rim estéril e aspirando pequena quantidade de SF 0,9%;
- No caso de pacientes com ventilador mecânico: hiperventilar ou hiperoxigenar o paciente antes de iniciar a aspiração. Pode ser utilizado o próprio respirador mecânico, FIO2 de 100%, ou com ressuscitador manual e oxigênio a 100% (cinco litros); desconectar o respirador com a mão esquerda ou solicitar que outra pessoa faça isso, protegendo a conexão em Y do circuito;
- Introduzir a sonda de aspiração (utilizar a mão dominante) em direção ao tubo endotraqueal até que seja encontrada resistência ou o paciente tossir, então, deve-se puxar para trás 1 cm. Durante a introdução da sonda o tubo conector (látex) deve ser clipado;
- Desclipar o conector (látex) para proceder à aspiração de secreções e retirar vagarosamente a sonda do tubo endotraqueal enquanto faz a rotação para trás e para frente entre o polegar dominante e o indicador;
- Enxaguar o cateter e o látex com SF 0,9% até que fiquem limpos;
- Repetir a etapa de aspiração uma ou duas vezes mais. Permitir um tempo adequado (no mínimo um minuto inteiro) entre as aspirações para ventilar e hiperoxigenar. Não é permitido mais que duas passagens com o cateter;
- Sempre seguir a ordem cânula-nariz-boca. Não realizar retorno para cânula após aspirar nariz, e principalmente boca;
- Durante as aspirações observar simultaneamente o padrão respiratório, a coloração da pele e agitação (prevenir hipóxia);
- Realizar aspirações nasofaríngea e orofaríngea se necessário. Caso realize aspirações nesses locais, o cateter estará contaminado. Neste caso, o cateter não deverá ser reinserido na traqueostomia ou tubo endotraqueal;
- Retirar a sonda da ponta do látex depois de realizado o procedimento. Enrole a sonda na mão da luva e retire a luva mantendo a sonda dentro da mesma, jogando-as no lixo;
- Limpar o látex aspirando no mínimo 20ml de água destilada ou SF 0,9%;
- Proteger a abertura do intermediário com uma gaze ou invólucro estéril;
- Auscultar novamente o paciente;
- Proporcionar conforto ao paciente, manter o ambiente limpo e em ordem;
- Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Efetuar registro de enfermagem no prontuário do paciente (quantidade e características da secreção aspirada).

Observação

- A aspiração da traqueostomia envolve basicamente a mesma técnica para aspiração de pacientes intubados. Contudo, é necessária atenção, pois a distância anatômica entre as duas técnicas é diferente e isso reflete no comprimento que a sonda deve ser inserida;
- Comparar os sinais vitais e a saturação de SpO2 antes e depois da aspiração;
- Monitorar secreções de vias respiratórias;



- Na necessidade de aspirações intermitentes, a extremidade do látex deve sempre ser protegida com a embalagem da sonda de aspiração, quando desuso;
- Para os pacientes que estão no ventilador mecânico, optar por realizar a aspiração com o auxílio de outra pessoa;
- Em caso de secreção espessa ou presença de rolhas, instilar água destilada ou SF 0,9% para facilitar a aspiração;
- Ao término da aspiração, se necessário, proceder à troca do curativo da traqueostomia;
- O procedimento em paciente graves deve ser realizado pelo Enfermeiro, conforme trata a Resolução do COFEN Nº 0557/2017 e pelos demais profissionais de enfermagem, quando prescritos e supervisionados pelo profissional de nível superior e/ ou em casos de emergência;
- Pacientes intubados e com PEEP mais elevada utilizarão sistema de aspiração fechado;
- Pacientes com suspeita ou confirmação de doenças respiratórias contagiosas deverão ser aspiradas com sistema fechado ou em extrema necessidade;
- Cada manobra de aspiração deve durar de 10 a 15 segundos;
- Deve-se deixar o paciente descansar por 20 a 30 segundos entre as aspirações;
- A instilação de solução salina estéril na via respiratória antes da aspiração está contraindicada, pois pode aumentar a incidência de pneumonia nosocomial por deslocar as bactérias da parede das vias aéreas;
- Manter o frasco de aspiração limpo conforme rotina do setor;
- Trocar o látex de aspiração somente em caso de sujidades ou rachaduras e desprezar em lixo adequado após a alta do paciente;
- Sempre observar presença de desvio de septo, pólipos, obstruções, lesões, epistaxe, edema de mucosa, etc.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 3 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.
- 4 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Cuidados com Aspiração de Secreções de Vias Aéreas . POP NEPEN/DE/HU. Versão: 02. Hospital Universitário da UFSC/Ebserh, Florianópolis, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	CÓDIGO: POP.PEN.002	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Consiste na introdução de um cateter estéril (cateter de Foley ou sonda Levine) na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica.			
OBJETIVO Drenar a urina em pacientes com retenção urinária; Coletar urina para exames; Instilar medicamentos.			
NORMAS Material - EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril e luvas de procedimento); - Biombo; - Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado); - Sonda uretral de alívio; - Seringa de 20ml sem luer lock; - Lidocaína gel 2%; - Gaze estéril se necessário; - Solução de limpeza antisséptica, como iodopovidona ou, alternativamente, clorexidina aquosa 0,2% ou degermante 2%, em casos de alergia a iodo; - Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). - Saco plástico para resíduos. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Reunir o material; - Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as suas dúvidas antes de iniciar a execução; - Checar a prescrição; - Higienizar as mãos; - Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário); - Posicionar o paciente adequadamente;			



Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito e protegida com lençol.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Realizar higiene da genitália com clorexidina degermante 2% ou PVPI degermante com luvas de procedimentos;
- Ao término da higiene, retirar as luvas de procedimento, organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI ou Clorexidina degermante 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 20ml;

- Calçar luvas estéreis;
- Manter todo o material preparado antes de iniciar a antisepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
- Com auxílio da pinça, proceder antisepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino: retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição durante todo o 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.

Sexo feminino: Com a mão não dominante, retraindo 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 lábios 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;
- Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
- Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
- Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir e o campo fenestrado;
- Desprezar a urina no vaso sanitário;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;



- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica;
- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente;
- Todo cateterismo deve ser feito com rigor absoluto de assepsia;

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2018.
- 3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2017.
- 4 - HOSPITAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA. Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. Abril/2016. Belém de São Francisco-PE.
- 5 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	CÓDIGO: POP.PEN.003	PÁGINA: 1 - 4
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Introdução de um cateter/sonda na bexiga por meio do meato uretral (o cateter/sonda pode estar adaptado a um sistema fechado ou não).			
OBJETIVO Controlar o volume urinário; possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.			
NORMAS Material - EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril e luvas de procedimento); - 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; - Seringa de 10ml sem luer lock - Lidocaína gel 2%; - Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico); - Gaze estéril se necessário; - Solução de limpeza antisséptica, como iodopovidona ou, alternativamente, clorexidina aquosa 0,2% ou degermante 2%, em casos de alergia a iodo; - Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão). - Saco plástico para resíduos. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos; - Reunir o material; - Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;			



- Checar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente adequadamente:
 - Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito e protegida com lençol.
 - Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.
- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Realizar higiene da genitália com clorexidina degermante 2% ou PVPI degermante com luvas de procedimentos;
- Ao término da higiene, retirar as luvas de procedimento, organizar o material necessário e colocá-lo próximo ao paciente em local de fácil acesso;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI ou Clorexidina degermante 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 20ml;
- Calçar luvas estéreis;
- Manter todo o material preparado antes de iniciar a antissepsia, pois uma vez colocada à mão não dominante na genitália da paciente, não poderá removê-la até término do procedimento;
- 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, mas não testá-lo, deixar no campo estéril para utilizar posteriormente;
- Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
- Com auxílio da pinça, proceder antissepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:
 - Sexo masculino: retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. 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 glande. Repetir o procedimento três vezes.
 - Sexo feminino: Com a mão não dominante, retraindo 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 lábios 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 (segurar a glande fechando o meato uretral por alguns segundos após injetar o lubrificante, para evitar o retorno repentino de todo o conteúdo);
- Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta a ser introduzida presa nos dedos polegar e indicador. Com os outros dedos segurar a parte restante. Deixar apenas a extremidade distal da sonda solta, perto do dedo mínimo;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
 - Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação;



Quando paciente de o sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o esfíncter uretral;

- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;
- 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). Evitar possível tensão no triângulo urogenital (sexo feminino) e tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);
- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;
- Deixar o paciente confortável;
- Colocar identificação no local da fixação indicando o calibre, a data e o horário de inserção da sonda;
- Identificar a bolsa coletora com o nome da paciente, o número do leito, a data e a hora da colocação;
- Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Retirada Da Sonda

Materiais necessários

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

Etapas para execução

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

Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);
- Obrigatoriamente o enfermeiro precisa do auxílio de um técnico de enfermagem para realizar o procedimento;
- Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;



- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;
- Não é necessário testar o balão antes da inserção;
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição para que não haja refluxo de urina;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo;
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia; - - - - Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore® ou esparadrapo);
- Todo cateterismo deve ser feito com rigor absoluto de assepsia;
- Nunca permitir que a bolsa coletora encha demasiadamente;
- Monitorar constantemente a reações e queixas do paciente, bem como, o volume, o odor e o aspecto da urina;
- Monitorar o local de inserção do cateter no meato uretral investigando presença de reação alérgica e sinais de infecção/inflamação;
- Monitorar sinais de febre no paciente;
- Atentar-se as normas instituições e as evidências da literatura em relação à troca do cateterismo;
- Caso seja necessário o envio da ponta da sonda para exame de cultura, esse procedimento deve ser feito cuidadosamente para que não haja contaminação da sonda. Neste caso, a ponta da sonda deve ser cortada com a tesoura estéril e colocada no tampo de ensaio. Identificação o material com o nome do paciente, a data da coleta e encaminhar ao laboratório.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2018.

3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2017.

4 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

5 - BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 680 DE 23/08/2014. Atualiza e acrescenta novas regras à Resolução 450/2013, sobre sondagem vesical, 2021.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP LAVAGEM GÁSTRICA OU APLICAÇÃO DE CARVÃO ATIVADO	CÓDIGO: POP.PEN.004	PÁGINA: 1 - 3
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Lavagem gástrica é um procedimento terapêutico que consiste na irrigação e/ou aspiração do conteúdo gástrico por meio de uma sondagem gástrica, assim como, aplicar carvão ativado segue o mesmo propósito, porém, não aspira o conteúdo aplicado.			
OBJETIVO Limpar e remover secreções irritantes; Retirada ou evitar absorção urgente de substância ingerida a fim de reduzir a absorção sistêmica; Administrar medicamentos, como carvão ativado, em alguns casos de intoxicação exógena; Tratar uma obstrução ou um local de sangramento.			
NORMAS Material - SF 0,9% 100-500 ml ou volume necessário para realização do procedimento ou solução de SF 0,9% com carvão ativado; - Sonda gástrica de grosso calibre, de acordo a idade; - Seringa 20 ml; - Frasco coletor; - Luvas de procedimento; - 1 equipo de soro (se necessário); - Estetoscópio; - Gazes; - Ampola de SF 0,9%; - Biombo. Descrição do procedimento - Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; - Colocar Biombos ao redor do leito; - Se o paciente não estiver com sonda, realizar passagem da sonda naso/orogástrico conforme POP sondagem naso/orogástrica; - Preparar solução de carvão ativado, se prescrito (diluir o conteúdo prescrito em 10-500 ml de SF 0,9% e misturar bem); - Conectar a sonda ao equipo, e infundir um volume necessário; - Fechar a pinça rolete do equipo após ter sido infundida a quantidade de soro indicada;			



- Desconectar o equipo do soro fisiológico a 0.9%;
- Conectar a extensão do frasco coletor a sonda, mantendo o coletor abaixo da cintura do paciente e deixar em drenagem espontânea até que não saia mais conteúdo gástrico;
- Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido. Se a infusão for com carvão ativado, não necessita drenar conteúdo gástrico;
- Lavar com 20 ml de água e clampear a sonda;
- Manter a sonda nasogástrica ou retirá-la conforme necessidade;
- Se for criança menor de 5 anos, utilizar seringas com tamanhos e quantidade de solução adequada para idade:
 - Preencher a seringa com soro (utilizar para drenagem 10 ml de soro / kg);
 - Conectar a seringa na sonda e instilar seu conteúdo;
 - Retirar a seringa e deixar drenar o conteúdo dentro do frasco de drenagem;
 - Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido
 - Manter a sonda nasogástrica ou retirá-la conforme necessidade;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Realizar o registro do procedimento, destacando: o horário, volume de soro infundido, as características do líquido de retorno gástrico, bem como, as intercorrências se houverem.
- Assegurar que paciente esteja confortável e seguro no leito ou berço (grades elevadas);
- Descartar o material utilizado em local apropriado;

Observação

- Utilizar seringa de 3 ou 5ml para RN, de 5 ou 10ml para lactente, de 20 ml para crianças maiores e equipo para crianças acima de 5 anos e adultos, a depender do tamanho da criança e da sonda;
- Mensurar o volume drenado para certificar-se de que o mesmo não é menor que o volume introduzido.
- A solução contendo Carvão ativado não deve ser drenado. Apenas infundir e manter.
- Para prescrição: "Manter sonda sob aspiração contínua", pode-se criar um mecanismo de pressão negativa com frasco de soro. Esvaziar totalmente um frasco de soro sem perfurar a parte plástica, abrir um orifício na parte de borracha suficiente para inserir a extremidade externa da sonda de modo que fique bem vedado. Antes de conectar, enrole totalmente o frasco, de modo que saia todo o ar. Sem deixar desenrolar, conecte a sonda e coloque abaixo da cabeça do paciente. A medida que o frasco vai desenrolado, o conteúdo gástrico vai sendo aspirado.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2018.
- 3 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2017.
- 4 - PROTOCOLO ASSISTENCIAL. Lavagem Gástrica. Juiz de Fora. MG: HUUFJF/Ebserh, 2018.
- 5 - Procedimento / Rotina. Lavagem gástrica. POP. DE.026 – pág. 1/3. Versão: 03. Hospital Universitário da UFGO. UFGD/Ebserh, Dourados, 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGR	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGR	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGR 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário

207



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP REALIZAÇÃO DE EXAME ATRAVÉS DE TESTE RÁPIDO	CÓDIGO: POP.PEN.005	PÁGINA: 1 - 2
		REVISÃO: DATA ÚLTIMA:	DATA ELABORAÇÃO: 06/2021
COMPETÊNCIA Enfermeiro ou técnico de enfermagem capacitados.			
PERIODICIDADE Sempre que solicitado ou de acordo protocolos instituídos.			
MONITORAMENTO Enfermeiro plantonista e Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Refere a realização de exames para auxílio diagnóstico através de método específico, prático e rápido. Utilizando fluidos corporais como sangue e secreções.			
OBJETIVO Realizar diagnósticos clínicos mais rápidos; Realizar encaminhamentos precisos e com agilidade; Realizar tratamentos em tempo oportuno.			
NORMAS Material - Bandeja; - Mesa; - Kit do Teste rápido a ser realizado (manual; mecanismo para coleta, como lanceta, pipetas capilares ou swabs; frasco ou tubo com gotejador para mistura; frasco de reagentes; plataforma do teste); - Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara, faceshield ou óculos de proteção, avental e luvas); - Almotolia de álcool a 70%; - Algodão; - Caneta permanente; - Caneta esferográfica; - Laudo para resultado; - Lixeira para material contaminante e descarte para material perfurocortante; - Cronômetro ou relógio; - Planilha de controle. Descrição do procedimento - Realizar higienização das mãos; - Separar todo material necessário; - Colocar os Kits na mesa na sequência do maior volume para o menor, caso sejam mais de 1 tipo de teste; - Se paramentar de acordo o risco biológico presente; - Informar o paciente como será o teste e responda a questionamentos; - Solicitar assinatura de autorização caso seja teste para HIV/AIDS;			



- Abrir do dispositivo que irá utilizar naquele momento;
- Identificar a plataforma dos testes com as iniciais do paciente;

Se sangue capilar:

- Realize a antissepsia da polpa digital escolhida com algodão embebido com álcool a 70%;
- Realizar punção com lanceta;
- Colete sangue com a pipeta fornecida no teste;

Se sangue venoso ou soro;

- Realize a antissepsia do local escolhida com algodão embebido com álcool a 70%;
- Coletar sangue conforme orientação para punção venosa;
- Utilizar sangue ou soro em tubo de ensaio;
- Utilizar pipeta fornecida no kit para colocar amostra.

Se amostra com swab oral ou nasofaringe;

- Realizar coleta conforme orientação do manual do kit.

- Realizar procedimentos após coleta de acordo manual do kit;
- Marcar tempo logo após última etapa;
- Realizar leitura de acordo manual do kit;
- Descartar material utilizado;
- Anotar resultado encontrado;
- Higienizar as mãos.

Observação

- Sempre que possível, faça o teste na presença da pessoa, prevenindo dessa forma uma eventual troca de amostras;
- Espere o sangue coletado descer naturalmente para o poço;
- Tome muito cuidado para não misturar frascos de tampões de testes diferentes;
- Observe o tempo estabelecido pelo fabricante para fazer a leitura dos resultados;
- Fazer a leitura do teste após o tempo determinado pelo fabricante inviabiliza o resultado;
- Não faça adaptações utilizando materiais provenientes de caixas diferentes;
- Quando acabar qualquer item de uma caixa de testes, não improvise;
- Caso ocorra sobras descarte-as e inicie seu trabalho com uma caixa nova e completa;
- Observar todos os componentes presentes no kit para evitar perdas;
- A ocorrência de este inválido, suspeita de resultados falsos ou falta de insumo e avaria nos kits deve ser notificadas no SAC da empresa conforme fluxo para notificação de intercorrências;
- Recomendamos a punção digital, pela agilidade e por evitar troca de amostras;
- Esclareça que este é um teste inicial e que há a necessidade de testes complementares para a determinação do diagnóstico, conforme fluxogramas estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Faça os devidos encaminhamentos para que a pessoa receba todos os cuidados e as orientações necessárias para a aceitação e adesão ao tratamento, quando for o caso;
- Para testes com pacientes suspeitos de infecção por doenças altamente contagiosas, como Covid-19, utilizar todos os EPIs conforme POP.BIO.0001 BIOSSEGURANÇA ESPECÍFICA PARA INFLUENZA A/H1N1 / COVID-19;
- Cada tipo teste rápido deve-se respeitar o período correto de coleta, conforme manual.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

209



2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº151, de 14 de outubro de 2009. Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas, dentre outras providências. Brasília: 2009.

3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília: 2011.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis DCCI. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Boas Práticas da Testagem Rápida. Brasília: 2020.

5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 5/2020-SAPS/MS. A presente Nota Técnica esclarece recomendação atual de realização de testes rápidos para detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: 2020.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
05/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA		06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP SONDAGEM NASO/ROENTERAL	CÓDIGO: POP.PEN.006	PÁGINA: 1 - 4
		REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO É um tubo fino, macio e flexível, passado pelo nariz ou pela boca até o intestino delgado (duodeno ou jejuno), procedimento utilizado quando a alimentação pela boca é impossível ou insuficiente e as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas através da nutrição enteral.			
OBJETIVO Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição			
NORMAS Material - Sonda enteral DOBBHOFF, com fio guia (mandril); - Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel); - Seringa de 20 mL (Luer-lok); - Estetoscópio; - Esparadrapo; - Copo com água e canudo; - Cuba rim; - Toalha de rosto; - Luvas de procedimento; - Máscara; - Óculos; - Gaze estéril; - Lanterna e abaixador de língua; - Biombo; - SG10% 500 mL e equipo; - Abaixador de língua. Descrição do procedimento - Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS; - Verificar a prescrição médica;			



- Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
- Posicionar o paciente na posição de Fowler com travesseiros atrás da cabeça e ombros. Elevar a cama no nível horizontal que seja confortável para quem for realizar o procedimento;
- Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Zelar pela privacidade do paciente;
- Colocar a toalha sobre o peito do paciente;
- Colocar a cuba rim em local de fácil acesso (para uso no caso de êmese);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Orientar o paciente a relaxar e respirar normalmente enquanto ocluir uma narina. Repita esta ação para a outra narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Medir a distância para o posicionamento da sonda:
 - Nasoenteral:** colocar a sonda na ponta do nariz e direcioná-la até o lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e acrescentar mais 15 a 20 cm, para obter o posicionamento pós-pilórico (duodeno). Marcar o local da medida com uma fita adesiva (esparadrapo) desconsiderando o último orifício do cateter;
 - Oroenteral:** colocar a sonda na rima labial e direcioná-la até o lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e acrescentar mais 15 a 20 cm, para obter o posicionamento pós-pilórico (duodeno). Marcar o local da medida com uma fita adesiva (esparadrapo), desconsiderando o último orifício do cateter;
- Injetar SF 0,9% na sonda se ela não for lubrificada no local de inserção do fio guia;
- Lubrificar de 7,5 a 10 cm a extremidade da sonda com gel hidrossolúvel;
- Inicialmente orientar o paciente a hiperestender o pescoço contra o travesseiro; Na sequência inserir a sonda suave e lentamente pela narina, com o objetivo de progredir a ponta final da sonda para baixo;
- Continuar passando a sonda ao longo do assoalho da passagem nasal, para baixo. Se encontrar resistência, aplicar uma leve pressão para baixo a fim de avançar com a sonda (não forçar se permanecer a resistência);
- Se encontrar resistência, tentar girar a sonda e verificar se avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar o paciente descansar, lubrificar novamente a sonda, e inserir na outra narina;
- Continuar inserindo a sonda até a nasofaringe apenas progredindo delicadamente, girando-a em direção à narina oposta e passando-a logo acima da orofaringe;
- Oferecer um copo de água para o paciente e explicar que o próximo passo exige que ele engula a sonda juntamente com a água (não oferecer água caso haja contraindicação);
- Com a sonda acima da orofaringe, orientar o paciente para flexionar a cabeça para frente, tomar um pequeno copo de água e engolir. Avançar a sonda de 2,5 a 5 cm de acordo com cada gole de água e engolir. Se o paciente estiver com restrição de líquidos, orientá-lo a engolir a seco;
- Se o paciente tossir, engasgar, sufocar ou ficar cianótico, retirar a sonda ligeiramente (não removê-la por completo) e parar de avançar. Orientar o paciente a respirar com calma e tomar pequenos goles de água;
- Se o paciente continua a engasgar e tossir ou reclama que a sonda parece estar enovelando-se na parte posterior da garganta, inspecionar a orofaringe com um abaixador de língua e lanterna. Se estiver enovelada, retraindo a sonda até que a ponta retorne à parte visível da orofaringe;
- Depois que o paciente relaxar, reinserir a sonda pedindo que engula;
- Continuar progredindo com a sonda até que a fita ou a marcação seja atingida;
- Fixar a sonda temporariamente na bochecha do paciente com um pedaço de fita adesiva até que a verificação de sua localização seja realizada;
- Utilizar maneiras de verificação abaixo:
 - Teste da audição:** posicionar o diafragma do estetoscópio sobre o estômago do paciente e injetar rapidamente 20 mL de ar pela sonda. Espera-se com este procedimento ouvir o ruído característico da posição da sonda no estômago.

Aspiração de conteúdo: aspirar com uma seringa de 10 mL o conteúdo gástrico do paciente e determinar o seu pH. A confirmação também pode ser pela identificação de restos alimentares no conteúdo aspirado (neste caso o conteúdo aspirado pode ser reintroduzido no estômago).

Teste do borbulhamento: posicionar a extremidade da sonda em um copo com água, caso ocorra borbulhamento na água, é indicativo de que a sonda esteja na via respiratória.

Verificação de sinais: monitorar a presença de sinais como tosse, cianose e dispneia (indicativo de que a sonda esteja na via respiratória).

- Se a sonda não estiver no estômago, avançar mais 2,5-5 cm e repetir os passos para comprovação do posicionamento da sonda;
- Após a comprovação da sonda no estômago, fechar sua extremidade e fixa-la sobre o nariz com o auxílio de fita adesiva ou um dispositivo de fixação;
- Retirar o fio guia, lentamente, segurando o cateter próximo ao local de inserção;
- Baixar a cabeceira da cama e posicionar o paciente em decúbito lateral direito, se possível;
- Pode-se manter soro glicosado 10% a 7 gotas por minuto ou a critério médico a fim de facilitar a migração da sonda ao duodeno;
- Após 8-12 horas encaminhar o paciente para confirmação radiológica do posicionamento da sonda no intestino delgado, com pedido médico (o exame radiográfico é o padrão ouro para verificar o posicionamento correto da sonda no intestino delgado);
- Certifique-se de que o exame radiográfico seja avaliado por um médico, confirmando a localização da sonda e a liberação para uso (Ver imagem 1);
- Marcar a sonda na extremidade do nariz com o auxílio de uma fita adesiva (opcional) ou medir o comprimento externo da sonda e anotar no prontuário paciente;
- Identificar a data da sondagem com um pequeno pedaço de esparadrapo;
- A menos que o médico prescreva outra forma, elevar a cabeceira da cama a 30 graus;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
- Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Imagem 1



Observação

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem oroenteral, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;



- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Não utilizar o fio-guia para desobstruir o cateter;
- Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário;
- Lavar o fio-guia com água corrente e sabão líquido, desinfetá-lo com álcool à 70%, identificá-lo com os dados do cliente e armazená-lo protegido. A sonda/cateter não pode ser reesterilizada, mas pode ser reutilizada, quando íntegra, no mesmo cliente em situações de retirada acidental ou desposicionamento mecânico;
- Observar/relatar/comunicar sinais de intolerância à dieta ou à vazão: distensão abdominal, náuseas/vômitos e diarreia;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Após a confirmação de que a sonda está corretamente posicionada, pela imagem radiológica; - manter paciente em jejum, por pelo menos 4 horas, ou a critério do médico responsável;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica;
- Avaliar criteriosamente junto ao médico o risco-benefício da passagem de sonda em paciente com Hemorragia Digestiva Alta Varicosa.

FUNDAMENTAÇÃO

- 1 – Regulamento interno.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília/DF, 2015
- 3 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 25/2013. Inserção de sonda nasogástrica/nasoenteral (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2016.
- 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/DF, 2017
- 5 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Cateterismo enteral. POP: ENF-1.23. Versão: 04. Divisão de Enfermagem. Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Rio de Janeiro, 2017.
- 6 - Procedimento Operacional Padrão (POP). Sondagem nasoenteral. POP NEPEN/DE/HU. Versão: 02. Hospital Universitário da UFSC/Ebserh, Florianópolis, 2017.
- 7 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



 PREFEITURA MUNICIPAL DE CANUDOS ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	CÓDIGO: POP.PEN.007	PÁGINA: 1 - 4
	SONDAGEM NASO/OROGÁSTRICA	REVISÃO: 01 DATA ÚLTIMA: 04/2021	DATA ELABORAÇÃO: 09/2018
COMPETÊNCIA Enfermeiro.			
PERIODICIDADE Em atendimento à prescrição médica.			
MONITORAMENTO Responsável Técnico (RT) de Enfermagem.			
DESCRIÇÃO Introdução de um cateter/sonda por meio do nariz ou pela boca até o estômago.			
OBJETIVO Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.			
NORMAS Material Inserção de sonda nasogástrica - Bandeja retangular grande; - Sonda nasogástrica tipo Levine (avaliar o tamanho adequado da sonda "14 ou 16"); Lumens menores não são utilizados para a descompressão em adultos, pois a sonda deve ser capaz de remover as secreções espessas; - Gel hidrossolúvel para lubrificar a sonda (xilocaína geleia); - Luvas de procedimentos; - Tiras de teste de pH (para medir a acidez do aspirado gástrico), se disponível; - Abaixador de língua; - Lanterna; - Bacia de êmese; - Biombo; - Gazes; - Seringa aséptico com bulbo ou ponta-cateter (20 mL); - Estetoscópio; - Soro fisiológico; - Fita hipoalérgica ou dispositivo de fixação comercial; - Toalha de papel; - Copo de água com canudo. Sonda nasogástrica de irrigação - Seringa aséptico com bulbo ou cateter; - Soro fisiológico e bacia; - Luvas de procedimento.			



Descontinuação da sonda nasogástrica

- Toalha de rosto;
- Luvas de procedimentos;
- Água e sabão.

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o 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;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- Orientar o paciente a relaxar e respirar normalmente enquanto oclui uma narina. Repita esta ação para a outra narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Medir a distância para o posicionamento gástrico:

Nasogástrica: medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e até o apêndice xifoide, mais dois dedos ou 3-4 centímetros, desconsiderando o último orifício do cateter.

Orogástrica: medir a distância da rima labial ao lóbulo da orelha e até o apêndice xifoide, mais dois dedos ou 3-4 centímetros, desconsiderando o último orifício do cateter.

- Marcar o comprimento da sonda a ser inserida colocando um pequeno pedaço de fita adesiva;
- Curvar de 10 a 15 cm da extremidade da sonda com força em torno do dedo indicador e soltar;
- Lubrificar de 7,5 a 10 cm a extremidade da sonda com gel hidrossolúvel;
- Inicialmente orientar o paciente a hiperestender o pescoço contra o travesseiro; Na sequência inserir a sonda suave e lentamente pelo nariz ou pela boca, com o objetivo de progredir a ponta final da sonda para baixo;
- Continuar passando a sonda ao longo do assoalho da passagem nasal, para baixo. Se encontrar resistência, aplicar uma leve pressão para baixo a fim de avançar com a sonda (não forçar se permanecer a resistência);
- Se encontrar resistência, tentar girar a sonda e ver se avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar o paciente descansar, lubrificar novamente a sonda, e inserir na outra narina;
- Continuar inserindo a sonda até a nasofaringe apenas progredindo delicadamente, girando-a em direção à narina oposta e passando-a logo acima da orofaringe;
- Oferecer um copo de água para o paciente e explicar que o próximo passo exige que ele engula a sonda juntamente com a água (não oferecer água caso haja contra-indicação);
- Com a sonda acima da orofaringe, orientar o paciente para flexionar a cabeça para frente, tomar um pequeno copo de água e engolir. Avançar a sonda de 2,5 a 5 cm de acordo com cada gole de água e engolir. Se o paciente estiver com restrição de líquidos, orientá-lo a engolir a seco;
- Se o paciente tossir, engasgar, sufocar ou ficar cianótico, retirar a sonda ligeiramente (não removê-la por completo) e parar de avançar. Orientar o paciente a respirar com calma e tomar pequenos goles de água;



- Se o paciente continua a engasgar e tossir ou reclama que a sonda parece estar enovelando-se na parte posterior da garganta, inspecionar a orofaringe com um abaixador de língua e lanterna. Se estiver enovelada, retraindo a sonda até que a ponta retorne à parte visível da orofaringe;
- Depois que o paciente relaxar, reinserir a sonda pedindo que engula;
- Continuar progredindo com a sonda até que a fita ou a marcação seja atingida;
- Fixar a sonda temporariamente na bochecha do paciente com um pedaço de fita adesiva até que a verificação de sua localização seja realizada;

Comprovação de posicionamento da sonda

Teste da audição: posicionar o diafragma do estetoscópio sobre o estômago do paciente e injetar rapidamente 20 mL de ar pela sonda. Espera-se com este procedimento ouvir o ruído característico da posição da sonda no estômago.

Aspiração de conteúdo: aspirar com uma seringa de 10 mL o conteúdo gástrico do paciente e determinar o seu pH. A confirmação também pode ser pela identificação de restos alimentares no conteúdo aspirado (neste caso o conteúdo aspirado pode ser reintroduzido no estômago).

Teste do borbulhamento: posicionar a extremidade da sonda em um copo com água, caso ocorra borbulhamento na água, é indicativo de que a sonda esteja na via respiratória.

Verificação de sinais: monitorar a presença de sinais como tosse, cianose e dispneia (indicativo de que a sonda esteja na via respiratória).

- Se a sonda não estiver no estômago, avançar mais 2,5-5 cm e repetir os passos para comprovação do posicionamento da sonda;
- Após a comprovação da sonda no estômago, fechar sua extremidade e fixa-la sobre o nariz com o auxílio de fita adesiva ou um dispositivo de fixação;
- Marcar a sonda na extremidade do nariz com o auxílio de uma fita adesiva (opcional) ou medir o comprimento externo da sonda e anotar no prontuário paciente;
- A menos que o médico prescreva outra forma, elevar a cabeceira da cama a 30 graus;
- Observar o estado geral do paciente;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.
- Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Observação

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Utilizar a via orogástrica em recém-nascidos e sonda de tamanho adequado;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica;



- Avaliar criteriosamente junto ao médico o risco-benefício da passagem de sonda em paciente com Hemorragia Digestiva Alta Varicosa.

FUNDAMENTAÇÃO

1 – Regulamento interno.

2 - SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 25/2013. Inserção de sonda nasogástrica/nasoentérica (SNG/SNE) e lavagem gástrica em RN por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, 2013.

3 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015

4 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2016

5 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/ DF, 2015

6 - UNAMUNO M.R.D.L, JULIO S.M. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2014.

7 - SOUZA, A. L. T. SOUZA, B. O. P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro, 2017.

APROVAÇÃO

Elaborado por:	*Revisado por:	Aprovado por:
09/2018 Bianca da Silva Lubarino Coordenação de Enfermagem HMGRA	04/2021 Tiago Cardoso Peixinho Coordenação de Enfermagem HMGRA	06/2021 Maria das Graças Alves de Macêdo Diretora Administrativa HMGRA 06/2021 Washinton Luiz Ferreira Rocha Secretário Municipal de Saúde

*Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário



APROVAÇÃO

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) – CRIADOS EM 2021

POP.ADM.003 CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA; POP.ADM.004 ENCAMINHAMENTO DO CORPO PÓS MORTE; POP.ADM.005 ORGANIZAÇÃO DA GELADEIRA; POP.ADM.006 ORGANIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA; POP.ADM.009 PROCESSO DE ENFERMAGEM; POP.ADM.012 RECUSA DE PROCEDIMENTOS OU EVASÃO HOSPITALAR DE CLIENTES; POP.ADM.013 TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DE PACIENTES; POP.BIO.0001 BIOSSEGURANÇA ESPECÍFICA PARA INFLUENZA A/H1N1 / COVID-19; POP.BIO.0002 CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL E CREME APÓS ABERTURA; POP.BIO.0003 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EPI; POP.BIO.0004 USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI; POP.CME.001 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS; POP.CME.002 DESINFECÇÃO DE MATERIAIS SEMICRÍTICOS; POP.CME.003 ESTERILIZAÇÃO POR AUTOCLAVE; POP.CME.004 PREPARO DE MATERIAIS CRÍTICOS PARA ESTERILIZAÇÃO; POP.CME.005 RECEBIMENTOS E PRÉ LIMPEZA DE MATERIAIS SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS; POP.CME.006 TESTES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS EM AUTOCLAVE; POP.HIG.001 ANTROPOMETRIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO; POP.HIG.002 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O BANHO DO RN NA CLÍNICA OBSTÉTRICA; POP.HIG.003 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O COTO UMBILICAL DO RN NA CO; POP.HIG.004 HIGIENE DE PACIENTE RESTRITO AO LEITO; POP.HIG.005 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCÓOLICA; POP.HIG.007 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO; POP.HIG.008 LIMPEZA DA GELADEIRA; POP.HIG.010 TROCA DE FRALDA; POP.MON.002 MONITORIZAÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO COM OXÍMETRO DE PULSO; POP.MON.003 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA / MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA; POP.PEQ.002 ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES; POP.PEQ.003 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR INALADOR DOSIMETRADO C/ ESPAÇADOR; POP.PEQ.004 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR NEBULIZAÇÃO; POP.PEQ.005 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR; POP.PEQ.009 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR; POP.PEQ.015 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES; POP.PEQ.016 CURATIVOS E TRATAMENTO DE FERIDAS; POP.PEQ.017 IRRIGAÇÃO VESICAL DE MOMENTO E CONTÍNUA; POP.PEQ.018 MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE; POP.PEQ.019 OXIGENOTERAPIA; POP.PEQ.020 POSIÇÕES TERAPÊUTICAS E MUDANÇA DE DECÚBITO; POP.PEQ.021 RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS; POP.PEN.001 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE PACIENTE INTUBADO E TRAQUEOSTOMIZADO; POP.PEN.005 REALIZAÇÃO DE EXAME ATRAVÉS DE TESTE RÁPIDO.

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) – REVISADOS EM 2021

POP.ADM.001 ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE; POP.ADM.002 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM; POP.ADM.007 PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMEIROS; POP.ADM.008 PASSAGEM DE PLANTÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM; POP.ADM.010 RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAMENTO; POP.ADM.011 RECOMENDAÇÕES NA ADMISSÃO DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO; POP.HIG.006 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO E ÁGUA; POP.HIG.009 ORIENTAÇÕES BÁSICAS DA HIGIENE PESSOAL PROFISSIONAL DE SAÚDE; POP.MON.001 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR; POP.MON.004 VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA; POP.MON.005 VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL; POP.MON.006 VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR; POP.MON.007 VERIFICAÇÃO DO PULSO OU FREQUÊNCIA CARDÍACA; POP.PEQ.001 ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR VIA ENTERAL; POP.PEQ.006 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA OU INTRAVENOSA; POP.PEQ.007 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA; POP.PEQ.008 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR; POP.PEQ.010 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL E SUBLINGUAL; POP.PEQ.011 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA RETAL; POP.PEQ.012 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA; POP.PEQ.013 ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS; POP.PEQ.014 ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO; POP.PEN.002 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO; POP.PEN.003 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA; POP.PEN.004 LAVAGEM GÁSTRICA E APLICAÇÃO DE CARVÃO ATIVADO; POP.PEN.006 SONDAGEM NASO/ROENTERAL; POP.PEN.007 SONDAGEM NASO/ROGÁSTRICA.

Pela gestão

Com leitura prévia deste documento e após reunião realizada em 14/09/2021, declaramos para os devidos fins, que a relação de Procedimentos Operacionais Padrão ou POPs de Enfermagem relacionados acima, atendem aos requisitos técnicos-científicos e sanitários, além de estar de acordo com o orçamento desta Unidade Hospitalar. Portanto, seguem aprovados, devendo ser reproduzidos em material impresso e divulgados para todos os

219



profissionais de saúde do Hospital Municipal Genário Rabelo de Alcântara. Sendo que todo setor deverá possuir um exemplar impresso, de preferência apenas com procedimentos específicos realizados naquele setor, com o intuito de dar agilidade a consulta.

Vale ressaltar que os procedimentos criados anteriormente, nunca passaram por aprovação e não foram disponibilizados para consulta, porém, os mesmos foram revisados e atualizados.

Elaboração

Enfª Bianca da Silva Lubarino
Coordenadora de enfermagem em 2018

Enfº Tiago Cardoso Peixinho
Coordenador de enfermagem em 2021

Aprovação

Maria da Graças Alves de Macêdo
Diretora administrativa em 2021

Washitom Luiz Ferreira Rocha
Secretário Municipal de Saúde em 2021

Colaboração

José Osvaldo Barbosa de Almeida
Enfermeiro da unidade em 2021

Higor Rodrigues de Carvalho
Enfermeiro da unidade em 2021

Márcia Gabrielle da Silva Dantas
Enfermeiro da unidade em 2021

Pelo Conselho Municipal de Saúde

Após reunião realizada em 08/09/2021, o Conselho Municipal de Saúde de Canudos aprovou o uso destes Procedimentos Operacionais Padrão – POPs de Enfermagem, conforme Resolução nº04/2021, de 08 de setembro de 2021.