

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO  
URGENCIA E EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO**

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Lavagem das mãos com água e sabonete		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Todos os profissionais do HMCL
<b>POP Nº:</b> 01	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar o procedimento da lavagem simples das mãos, no Hospital Municipal Carolina Lupion, a fim de remover a microbiota transitória, sujidades e oleosidades, bem como prevenir infecções hospitalares.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

### 3. MATERIAIS:

- Água corrente;
- Sabonete Líquido;
- Papel toalha.

### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Abra a torneira e molhe as mãos sem tocar na pia;
- 4.2 Coloque sabonete na palma das mãos, suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;
- 4.3 Ensaboar a palma da mão direita com a palma da mão esquerda, friccionando-as entre si;
- 4.4 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 4.5 Entrelacem os dedos e friccionem os espaços interdigitais;
- 4.6 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice versa;

- 4.7 Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.
- 4.8 Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha e vice-versa;
- 4.9 Enxaguar as mãos, retirando totalmente os resíduos de sabonete;
- 4.10 Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- 4.11 Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- 4.12 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha e descartar no resíduo comum.
- 4.13 Duração do procedimento: 40-60 segundos

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. 2018, 16p.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão “Higienização das Mãos”**, versão 5, disponível: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/pops/pop\\_higienizacao\\_das\\_maos\\_v5\\_final.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/pops/pop_higienizacao_das_maos_v5_final.pdf) ( acesso em 20/09/2022

#### 7. ANEXOS:

# Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

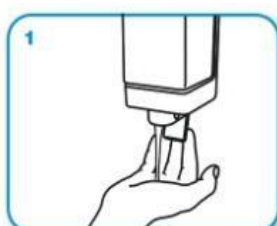
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!



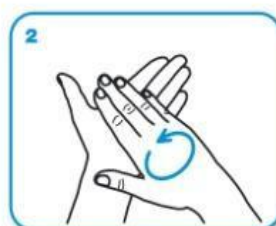
Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



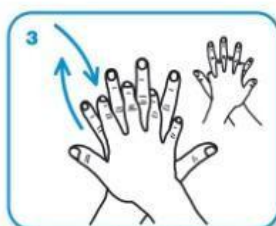
0 Molhe as mãos com água.



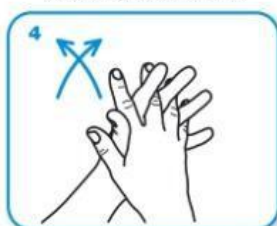
1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



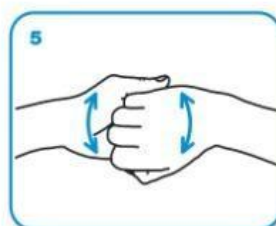
2 Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



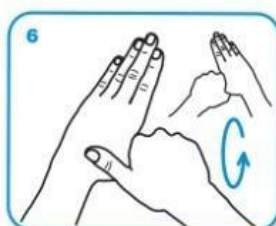
3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



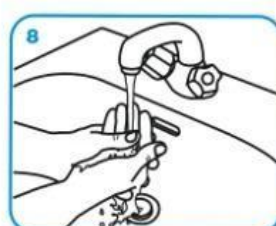
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



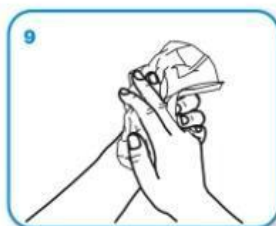
6 Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



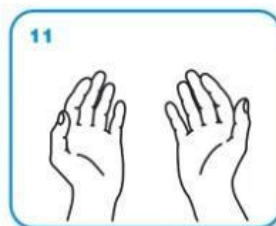
8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/Médicos
<b>POP Nº:</b> 02	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar o procedimento da Fricção antisséptica das mãos com uso de álcool 70% no Hospital Carolina Lupion, removendo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

#### 2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

#### 3. MATERIAIS:

- Álcool em gel ou líquido a 70%.

#### 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 4.2 Friccionar as palmas das mãos entre si;
- 4.3 Após friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- 4.4 Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice-versa;
- 4.5 Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- 4.6 Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular, e vice-versa.
- 4.7 Quando estiverem secas, suas mãos estão seguras.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**. 2018, 16p.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão “Higienização das Mãos”**, versão 5, disponível: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/pop\\_higienizacao\\_das\\_maos\\_v5\\_final.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/pop_higienizacao_das_maos_v5_final.pdf) ( acesso em 20/09/2022

**7. ANEXOS:**

# Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

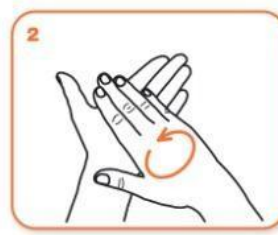
**Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!**



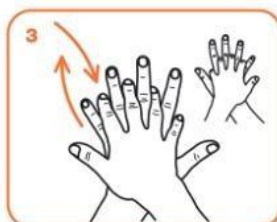
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



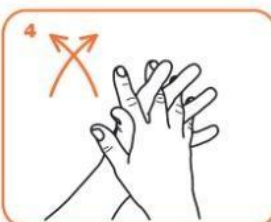
1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



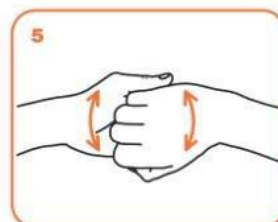
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



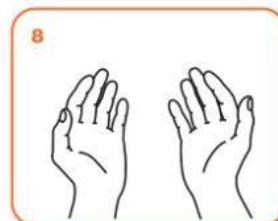
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:



Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Precaução Padrão		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Todos os profissionais do HMCL
<b>POP Nº:</b> 03	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Orientar e padronizar a precaução padrão com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- A precaução padrão visa reduzir os riscos de transmissão de microrganismos no hospital que constituem basicamente em higienização das mãos, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) caso seja necessário, manejo e descarte corretos de materiais perfuro cortantes e resíduos.
- A precaução padrão é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou com suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor.
- Deve ser seguida para todos os pacientes independente da suspeita ou não de infecções.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e médicos.

### 3. MATERIAIS:

- Água corrente;
- Sabonete Líquido;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimentos;
- Máscaras, protetores oculares ou de face;
- Avental;

- Materiais e equipamentos;

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**4.1 Higienização das mãos conforme POP nº 01** deve ser realizado, obrigatoriamente, nos cinco momentos preconizados pela ANVISA:

- 4.1.1 Antes de tocar o paciente;
- 4.1.2 Antes da realização de procedimento asséptico/limpo;
- 4.1.3 Após tocar o paciente;
- 4.1.4 Após risco de exposição a fluidos corporais;
- 4.1.5 Após tocar superfícies próximas ao paciente.

#### **4.2 Luvas descartáveis:**

- 4.2.1 Usar luvas de procedimento quando houver riscos de contato com sangue, fluidos corporais, secreções e artigos contaminados, bem como tocar nas mucosas e pele não íntegra;
- 4.2.2 Remover as luvas imediatamente após o uso, não tocar com elas em itens não contaminados e superfícies limpas, ex: fechadura da porta;
- 4.2.3 Lavar as mãos imediatamente após retirar as luvas conforme POP nº01.

#### **4.3 Máscaras descartáveis, protetores oculares ou de face:**

- 4.3.1 Usar para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos e atividades com pacientes que possam gerar respingos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

#### **4.4 Avental:**

- 4.4.1 Recomenda-se o uso sempre que houver risco de contato da pele ou da roupa do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

#### **4.5 Materiais e equipamentos:**

- 4.5.1 Manusear materiais e equipamentos sujos com sangue, fluidos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição de pele, mucosas, contaminação de roupas e transferência de microorganismos para outros pacientes e ambientes;

4.5.2 Realizar limpeza e desinfecção ou esterilização, de acordo com a classificação do artigo, após o uso;

4.5.3 Material perfuro cortante: manusear com cuidado os materiais perfuro cortantes, proceder o descarte adequado em recipientes rígidos e resistentes à perfuração. Seguir adequadamente as orientações para montagem e preenchimento destes recipientes, não ultrapassando o limite indicado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: século XXI, 2005.

APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Precauções e Isolamento**. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

## 7. ANEXOS:

### Precaução Padrão

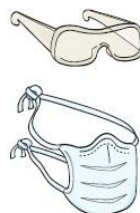
Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

---

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Precaução de isolamento de contato		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 04	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Padronizar as precauções que devem ser tomadas ao adentrar nos isolamentos do Hospital Municipal Carolina Lupion.
- Estas precauções visam prevenir a transmissão de micro-organismos, epidemiologicamente importantes, a partir de pacientes infectados ou colonizados, para outros pacientes, profissionais, visitantes, acompanhantes, por meio de contato direto (tocando o paciente e estabelecendo a transmissão pessoa por pessoas) ou indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigo e equipamentos).

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipes de enfermagem e laboratório, médicos, acompanhantes e visitantes.

### 3. MATERIAIS:

- Aventais;
- Luvas descartáveis;
- Máscaras descartáveis;
- Álcool 70%.
- Lixeira de tampa com pedal.

### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Preparar material médico-hospitalar (identificação do quarto, luvas, aventais, etc.);

- 4.2 Orientar cliente/paciente e ou família quanto à importância de manter cliente/paciente em quarto privativo (quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro);
- 4.3 Realizar a higienização correta das mãos conforme POP nº01 ;
- 4.4 Vestir avental descartável de manga longa;
- 4.5 Colocar luvas de procedimentos;
- 4.6 Realizar o cuidado de enfermagem necessário;
- 4.7 Organizar o quarto;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento e avental, descartando no resíduo infectante;
- 4.9 Lavar as mãos conforme POP nº
- 4.10 Registrar dados.
- 4.11 Transporte de pacientes para realização de exames: Antes de encaminhar o paciente, avisar o setor de realização do exame sobre as precauções de contato; • Ao manipular o paciente durante a sua transferência para maca/cadeira, calçar luva de procedimento e avental, quando houver risco de contato mais próximo; Após o transporte, realizar limpeza e desinfecção da maca e cadeira de rodas.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

APECIH. **Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar**. Precauções e Isolamento. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

## 7. ANEXOS:

- Usar luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso.

- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:

---


Nome:

---

Cargo:

---



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Precaução de isolamento respiratório		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 05	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Descrever as precauções que devem ser tomadas pela equipe de enfermagem ao adentrar nos Isolamentos Respiratórios do Hospital Municipal Carolina Lupion.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Equipes de enfermagem e laboratório, médicos, acompanhantes e visitantes.

**3. MATERIAIS:**

- Aventais;
- Luvas;
- Máscaras;
- Álcool 70%
- Kit isolamento
- Lixeira de pedal com tampa

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Preparar material médico-hospitalar (identificação do quarto, luvas, aventais, etc.);
- 4.2 Orientar cliente/paciente e ou família quanto à importância de manter cliente/paciente em quarto privativo (quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro);
- 4.3 Realizar a higienização correta das mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar máscara descartável: para partículas maiores que 5 micras utilizar máscara descartável, para partículas menores que 5 micras utilizar máscara N95;
- 4.5 Vestir avental descartável de manga longa;

- 4.6 Calçar luvas de procedimentos;
- 4.7 Realizar o cuidado de enfermagem necessário e organizar o quarto;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento descartando no resíduo infectante, conforme POP (Gerenciamento dos Resíduos de Saúde);
- 4.9 Lavar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.10 Retirar a máscara descartável desprezando no resíduo infectante, ou N95 deve ser acondicionada em um saco plástico, identificado com nome do funcionário, data e hora, podendo ser reutilizada por até 14 dias, após deverá ser descartada no resíduo infectante conforme POP (Gerenciamento dos Resíduos de Saúde);
- 4.11 Retirar o avental e descartá-lo no resíduo infectante
- 4.12 Registrar dados no prontuário eletrônico do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, tuberculose, meningite, influenza, herpes zoster, etc.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

APECIH. **Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar**. Precauções e Isolamento. 2ª edição. São Paulo – SP. 2012.

## 7. ANEXOS:

- Usar luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Descarte de material perfuro cortante		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Médicos/Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 06	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Orientar os funcionários dos setores do Hospital Carolina Lupion quanto ao uso correto e descarte de materiais perfuro-cortantes, a fim de se evitarem acidentes com os mesmos.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, médicos e profissionais do Laboratório.

#### 3. MATERIAIS:

- Caixa de perfuro-cortante;
- Agulhas;
- Seringas com agulhas;
- Scalp;
- Abocath;
- Lâminas de bisturi;
- Vidrarias (ampolas, frasco de medicações).

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- 4.2 Todo material perfuro cortante (agulhas, scalp, abocath, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes as perfurações e com tampa;

4.3 Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

4.4 Os recipientes específicos para descarte de material pérfuro cortante devem ser trocados diariamente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério do Trabalho. **Normas Regulamentadoras: Segurança e Medicina do Trabalho**. 48 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Resende, M.R.; Fortaleza, C.M.C.B. **Risco Ocupacional entre profissionais da área de saúde e medidas de proteção**. In: Colibrini, M. R. C.; Figueiredo, R. M.; Paiva, M. C. Leito – dia em AIDS: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001.

Fernandes, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. AB Editora: Goiânia, 2006.

## 7. ANEXOS:

Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de **RESÍDUO PERFUROCORTEANTE**, indicando o risco que apresenta o resíduo.



**RESÍDUO PERFUROCORTEANTE**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Descarte de resíduo hospitalar dos grupos A e D		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Todos os profissionais do HMCL
<b>POP Nº:</b> 07	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/05/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Glauca Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Orientar sobre o correto descarte de resíduo hospitalar dos grupos A e D.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), equipe médica e de apoio diagnóstico (laboratorial, entre outros).

#### 3. MATERIAIS:

- Lixeiras com acionamento através de pedal.
- Saco preto para descarte de material comum;
- Saco branco leitoso com simbologia adequada para descarte de resíduos potencialmente infectados.

#### 4. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

##### 4.1 Resíduo infectante:

- 4.1.1 Desprezar todo lixo comum nas lixeiras com acionamento em pedal com identificação na tampa de tal resíduo, em saco branco leitoso com simbologia adequada para resíduos infectantes (símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos).

##### 4.2 Resíduo comum e reciclável:

- 4.2.1 Desprezar todo o lixo comum nas lixeiras com saco preto, com acionamento em pedal e com identificação na tampa de tal resíduo;

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.
- Riscos biológicos;
- Riscos ambientais;
- Riscos ergonômicos.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



Resolução RDC nº33, de 25 de fevereiro de 2003.

#### 7. ANEXOS:

**Resíduo infectante:** resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por sua características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

**Resíduo comum ou reciclável:** são todos os resíduos gerados no serviço que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos.



<b>Símbolos de identificação dos grupos de resíduos</b>											
<p>Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.</p>											
<p>Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.</p> <p>Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Pode ser seguida de cor determinada pela Prefeitura. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes.</p>	 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="color: green;">VIDRO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">PLÁSTICO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: blue;">PAPEL</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: blue; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: yellow;">METAL</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="color: brown;">ORGÂNICO</td> <td style="width: 15px; height: 15px; background-color: brown; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	VIDRO		PLÁSTICO		PAPEL		METAL		ORGÂNICO	
VIDRO											
PLÁSTICO											
PAPEL											
METAL											
ORGÂNICO											

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Acidente com material biológico		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Todos os profissionais do HMCL
<b>POP Nº:</b> 08	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf <sup>a</sup> . Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf <sup>a</sup> . Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Orientar a conduta e os procedimentos a serem tomados em casos de acidentes com material biológico.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), equipe médica e de apoio diagnóstico (laboratorial, entre outros).

### 3. MATERIAIS:

- Não se aplica.

### 4. PROCEDIMENTOS:

- **Conforme o Protocolo Operacional Padrão de Acidentes de Trabalho pela CCIH (Comissão de controle de infecção hospitalar), disponível na íntegra na pasta de notificações.**

4.1 Comunicar chefia imediata sobre o acidente;

4.2 Encaminhar profissional para atendimento médico e de enfermagem;

4.3 Realizar os primeiros cuidados locais:

- Exposição **percutânea ou cutânea**: lavar com água e sabão;
- Exposição em **mucosas** como a **conjuntiva**: irrigar com água e soro;

4.4 Realizar a notificação de acidente do trabalho com exposição a material biológico (SINAN) pelo enfermeiro. Comunicar Segurança de Trabalho imediatamente para

realização da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). O prazo máximo de 24 horas após o acidente para emissão e CAT. e comunicar o setor de Vigilância Epidemiológica do Município.

4.5 Realizar os testes rápidos para HIV, sífilis, hep. B e C do funcionário acidentado e do paciente fonte.

4.6 Solicitar exames de rotina (anti-HIV, HBsAg e anti-HCV) para o profissional (será coletado no momento do acidente, após 30 dias (1º mês), após 3 meses da primeira coleta (3º mês), e após 6 meses da primeira coleta (6º mês). Para o paciente fonte apenas no momento do acidente;

4.7 Analisar o esquema de vacinação da Hepatite B do profissional exposto;

4.8 A CCIH fica responsável por manter o controle dos exames, orientando os funcionários sobre as datas previstas para as próximas coletas.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.
- Riscos biológicos;
- Riscos ambientais;
- Riscos ergonômicos.

## 6. REFERÊNCIAS:

**Manual de Condutas em exposição ocupacional a material biológico** (Ministério da Saúde), 2009.

## 7. ANEXOS:

- Não se aplica;

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Internamento de pacientes		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 09	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar o internamento de pacientes pela equipe de enfermagem no Hospital Municipal Carolina Lupion.
- Acolher e orientar o paciente durante sua permanência, facilitando sua adaptação no setor.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Autorização de Internamento Hospitalar (AIH);
- Identificação do leito;
- Pulseira de identificação;
- Prescrição médica;
- Prancheta;
- Caneta;
- Kit para verificação de sinais vitais: esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, relógio, oxímetro;
- Pijama hospitalar;
- Kit de roupa de cama: lençol, fronha e cobertor.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Após a equipe de enfermagem ser informada do internamento do paciente, comunicar o setor o SAME ou a recepção para que providenciem o internamento, e o setor de destino para que esses possam informar o número do leito e prepara-lo para receber o paciente;
- 4.2 Mediar o paciente antes de ser encaminhado para o internamento;
- 4.3 Caso seja solicitado exame de raio x ou eletrocardiograma, realiza-los antes de encaminhar o paciente para o internamento.
- 4.4 Encaminhar o paciente ao setor de internamento, deambulando, em cadeira de rodas ou maca, conforme seu quadro clínico e avaliação prévia do enfermeiro do pronto socorro;
- 4.5 Ao chegar no setor de destino, um técnico deverá recepcionar o paciente no leito, onde será realizado a passagem de plantão. Receber o paciente com cortesia, chamando-o pelo nome e se apresentando para o mesmo;
- 4.6 Verificar se o paciente já está com pulseira de identificação e se no internamento contém a identificação do leito. Caso não tiver, solicitar a recepção.
- 4.7 Se o paciente está acompanhado de familiar, recepciona-lo com a mesma cortesia;
- 4.8 Apresentar a unidade mostrando onde fica o banheiro;
- 4.9 Encaminhar ao banho de admissão e vestir roupa apropriada, se necessário;
- 4.10 Orientar sobre as rotinas do hospital, horário das refeições, dieta, exames, medicações, procedimentos, higienização, horário de visita familiar e visita médica;
- 4.11 Conferir a prescrição médica e mediar o paciente;
- 4.12 Avisar o setor de Nutrição e dietética sobre o internamento e a dieta necessária;
- 4.13 Realizar a admissão enfermagem referente à hora e condições de entrada (deambulando, de maca, em cadeira de rodas), sinais vitais, peso, altura e orientações fornecidas;
- 4.14 O Enfermeiro deverá realizar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), ficha de avaliação de risco de queda e lesão por pressão.

## **5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LOPEZ, A.M., CRUZ R.J.M. **Guias Práticos de Enfermagem Hospitalização**. McGraw-Hill, 2001. 394p.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

#### 7. ANEXOS:

- Não se aplica;

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Registro de enfermagem		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 10	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar os procedimentos essenciais relacionados às anotações de enfermagem e passagem de plantão.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Prontuário eletrônico via sistema IDS;
- Bloco de prescrição de enfermagem, somente se sistema IDS estiver indisponível;
- Caneta azul (uso diurno);
- Caneta vermelha (uso noturno);
- Carimbo com o nome, função e registro do COREN;

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**4.1 Anotações de enfermagem devem conter:**

- 4.1.1 Registro completo do cabeçalho da prescrição de enfermagem, com todos os dados do paciente;
- 4.1.2 Abranger as condições bio-psico-sócio-espiritual do paciente;
- 4.1.3 Assistência prestada;
- 4.1.4 Exames realizados;
- 4.1.5 Justificativas da não realização dos exames e cuidados planejados;
- 4.1.6 Reação do paciente frente aos tratamentos e cuidados prestados, permitindo dar condições para a continuidade dos cuidados;



4.1.7 Todos os dados devem ser registrados imediatamente após a ocorrência, para não ferir a seqüência dos fatos. Nunca antes ou depois, obedecendo aos seguintes requisitos:

4.1.7.1 Exatidão: os fatos devem anotados com precisão e veracidade. A omissão de dados ou registro errado demonstra inexatidão;

4.1.7.2 Brevidade: toda anotação deve ser objetiva e completa. Evitar palavras desnecessárias. Usar apenas as abreviaturas padronizadas e convencionadas.

4.1.7.3 Legibilidade: a anotação deve ser feita de forma nítida e a tinta, pois lápis não fornece um registro permanente. Utilizar a tinta azul para os registros diurnos e a tinta vermelha para os registros noturnos.

4.1.7.4 Identificação: logo após a anotação, o profissional deve assinar o seu nome seguido do número do COREN. Sendo aluno, colocar seu nome e a instituição de ensino. Iniciar colocando data, horário e terminar com a assinatura e o numero do COREN. Não deixar espaço em branco para evitar que alguém altere o registro feito. Não rasurar, pois isto poderá caracterizar alteração de registros feitos.

#### **4.2 Passagem de plantão:**

4.2.1 Deve ser iniciada as 06h50min horas para os plantões diurnos, e às 18h50min horas para os plantões noturnos;

4.2.2 Passar as informações referente ao paciente e intercorrências no plantão.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

#### **7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Alta hospitalar		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 11	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem sobre a alta hospitalar.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Prontuário eletrônico via sistema IDS;
- Bloco de prescrição de enfermagem, somente se sistema IDS estiver indisponível;
- Caneta azul (uso diurno), Caneta vermelha (uso noturno);
- Carimbo com o nome, função e registro do coren;

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Após a alta dada pelo médico responsável avisar o paciente;
- 4.2 Orientar o paciente ou responsável sobre os cuidados pós alta (ex: repouso, dieta, medicamentos, retorno, curativo);
- 4.3 Verificar se há receitas de medicamentos e devolver exames particulares ao paciente;
- 4.4 Avisar o serviço social ou interessado pela situação do paciente após a saída do hospital;
- 4.5 Reunir os pertences do paciente e providenciar sua roupa;
- 4.6 Técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente e o seu familiar, se houver, com prontuário e exames até o SAME/PORTARIA, deambulando, em cadeira de rodas ou maca, conforme a necessidade;

- 4.7 Fazer as anotações de enfermagem, contendo: a hora da saída, tipo de alta, condições do paciente, presença ou não do acompanhante e orientações dadas;
- 4.8 Providenciar a limpeza terminal da unidade.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALEXANDRE, N. M. C. et al. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Sécuro XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica;

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Preparo de cama hospitalar		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 12	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem sobre o preparo da cama hospitalar fechada, aberta, com paciente e para paciente operado.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

### 3. MATERIAIS:

- Kit de roupa de cama embalado (01 lençol, 01 fronha);
- Cobertor;

### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

**4.1 Cama fechada:** aquela que está desocupada, aguardando a chegada do paciente.

4.1.1 Reunir todo o material necessário e levá-lo ao quarto;

4.1.2 Afastar a mesa de cabeceira;

4.1.3 Colocar a roupa no espaldar da cadeira, observando a ordem em que será usada: primeiro as toalhas, depois a fronha, o cobertor, os lençóis;

4.1.4 Dobradura: usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol. Dobrar duas vezes no sentido da largura ponta com ponta. Dobrar uma vez no sentido do comprimento e colocar na cadeira, observando que as pontas fiquem no lado esquerdo (voltadas para a cama);

4.1.5 Segurar o lençol pelo lado direito e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama;

- 4.1.6 Colocar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo e fazendo a dobra não cobrir o canto.  
Para manter o lençol esticado usa-se fazer também fazer um nó com as pontas do lençol, sob o colchão. Alguns serviços utilizam lençol com elástico;
- 4.1.7 Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão, na cabeceira da cama, fazendo uma prega no centro, aos pés da cama. É a prega de conforto;
- 4.1.8 Colocar o cobertor a dois palmos da cabeceira, estendendo-o sobre o lençol;
- 4.1.9 Colocar a colcha também a dois palmos da cabeceira, fixando-a no cobertor ou lençol de cima com uma pequena dobra;
- 4.1.10 Rebater o lençol de cima sobre a colcha;
- 4.1.11 Cobrir o travesseiro com a fronha e colocá-la na metade da cama já pronta;
- 4.1.12 Virar as roupas aos pés da cama, cobrindo o canto, primeiro com o lençol de cima e cobertores, cuidando sempre para não desfazer o que já está pronto. Para isso, segurar com uma das mãos e fazer a dobra com a outra;
- 4.1.13 Passar para outro lado da cama, dobrar a roupa para cima, peça por peça;
- 4.1.14 Completar a cama continuando pelos pés encerrando na cabeceira;
- 4.2 Cama aberta:** aquela que está sendo ocupada por um paciente que pode deambular;
- 4.2.1 Segue o método de arrumação anteriormente citado;
- 4.2.2 Colocar a roupa suja no hamper. Não jogar roupas no chão;
- 4.2.3 A travessa é indicada para pacientes com incontinência urinária, feridas, secreções.
- 4.2.4 A localização sobre a cama varia conforme a necessidade.
- 4.3 Cama com paciente:** cama ocupada por um paciente que não pode deambular:
- 4.3.1 Orientar o paciente sobre o cuidado;
- 4.3.2 Organizar o material, se necessário, colocar o biombo;
- 4.3.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar as luvas;
- 4.3.4 Enrolar as roupas de cama necessárias, colocando-a no espaldar da cadeira;
- 4.3.5 Dobrar os cobertores, deixando só o necessário com o paciente;
- 4.3.6 Colocar o paciente para o lado esquerdo, dobrando sobre ele a roupa de cama;
- 4.3.7 Retirar gradativamente a roupa de cama, ao mesmo tempo em que se coloca as roupas limpas sobre o colchão, fazendo os cantos e prendendo-as;
- 4.3.8 Passar o paciente para o lado já pronto;
- 4.3.9 Continuar a retirada gradativa da roupa usada, colocando a limpa, compondo os cantos;
- 4.3.10 Colocar, peça por peça, a roupa usada no hamper;

- 4.3.11 Trocar a fronha;
- 4.3.12 Deixar o paciente confortável no centro da cama;
- 4.3.13 Trocar o lençol de cima, mantendo o paciente coberto;
- 4.3.14 Colocar o cobertor;
- 4.3.15 Dobrar o lençol sobre o cobertor e finalizar, compondo o canto do colchão;
- 4.3.16 Colocar ordem no material e lavar as mãos conforme POP nº01.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico.
- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Limpeza e desinfecção de leito		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Operacional e serviços gerais
<b>POP Nº:</b> 013	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar quanto à desinfecção do leito hospitalar.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Operacional e serviços gerais

**3. MATERIAIS:**

- Luvas de procedimentos;
- Panos limpos;
- Água;
- Sabão;
- Surfic 0,5%

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Este procedimento deve ser realizado semanalmente ou na alta do paciente, logo após a limpeza com água e sabão da cama do paciente;
- 4.2 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.3 Passar Surfic 0,5% em toda a extensão do colchão, inclusive dobrando o colchão e passando no estrado da cama e na cama.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVESIDADE DE CAMPINAS – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SOUZA, V. H. S. MOZAECHI, N. **O hospital – manual do ambiente hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

#### 7. ANEXOS:

- Não se aplica.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação de Temperatura Corporal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 014	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Normatizar e padronizar o procedimento de verificação da temperatura corporal, avaliar a resposta da temperatura às terapias, auxiliando no diagnóstico médico e de enfermagem.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Termômetro digital;
- Termômetro infravermelho
- Algodão
- Álcool a 70%.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**4.1 Temperatura axilar:**

- 4.1.1 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.1.2 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.1.3 Realizar assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool 70% ;
- 4.1.4 Enxugar a axila, caso seja necessário;
- 4.1.5 Colocar o termômetro no côncavo da axila, de maneira que a ponteira fique em contato direto com a pele;

- 4.1.6 Pedir ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando mão no ombro oposto;
- 4.1.7 Deixar que o termômetro permaneça no local até soar o bip (digital), em seguida retirá-lo e fazer a leitura;
- 4.1.8 Realizar desinfecção do termômetro com o algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.1.9 Recolher o material;
- 4.1.10 Informar ao paciente o valor e anotar no prontuário do paciente.

#### **4.2 Temperatura inguinal:**

- 4.2.1 O método é o mesmo, conforme citado anteriormente, variando apenas o local: região inguinal;
- 4.2.2 Verificada mais comumente em recém-nascidos, neste caso, manter a coxa da criança flexionada sobre o abdome.

#### **4.3 Temperatura bucal:**

- 4.3.1 Explicar ao paciente o que vai ser feito;
- 4.3.2 Colocar o termômetro sob a língua do paciente, recomenda que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 5 minutos;
- 4.3.3 Retirar o termômetro, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo o local em que foi verificado;
- 4.3.4 Realizar a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.3.5 É contra indicado logo após a ingestão de alimentos gelados ou quentes. O termômetro deve ser individual.

#### **4.4 Temperatura retal:**

- 4.4.1 Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento conforme POP nº01;
- 4.4.2 Colocar o paciente em decúbito lateral;
- 4.4.3 Lubrificar o termômetro com vaselina e introduzi-lo dois centímetros pelo ânus;
- 4.4.4 Retirar o termômetro após o som de “bip” e ler a temperatura;
- 4.4.5 Realizar a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- 4.4.6 Retirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4.7 Anotar a temperatura, escrevendo o local de verificação.

#### 4.5 Temperatura Frontal:

4.5.1 O procedimento é o mesmo aferido no item 4.1 , 4.2 e 4.3 mudando apenas a região a ser verificada a temperatura;

4.5.2 Apontar o termômetro infravermelho para a região frontal (testa), pressionar o botão indicado e aguardar o bip sonoro para terminar a leitura.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

#### 7. ANEXOS:

- Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C;
- Afebril: 36,1 a 37,2°C;
- Estado febril: 37,3 a 37,7°C;
- Febre/hipertermia: 37,8 a 38,9°C;
- Pirexia: 39 a 40°C;
- Hiperpirexia: acima de 40°C

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação de Pulso arterial		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 015	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Normatizar e padronizar a verificação do pulso arterial, avaliando as condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíacas.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Relógio com ponteiro de segundos.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.3 Posicionar o paciente confortavelmente;
- 4.4 Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as;
- 4.5 Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador sobre uma artéria superficial e comprima levemente;
- 4.6 É mais fácil e prático palpar o pulso radial, facilmente encontrado lateralmente aos tendões flexores do lado do polegar.
- 4.7 Contar os batimentos durante 1 minuto;
- 4.8 Observar arritmias e amplitude;
- 4.9 Repetir o procedimento, se necessário;
- 4.10 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.11 Realizar anotações no prontuário eletrônico do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Os locais para verificação do pulso são: radial, braquial, poplíteia, pediosa, temporal, carótida e femoral, dependendo do estado do paciente, sendo a femoral e carótidas de fácil palpação.

Valores de referência:

Adulto: 60 a 100 bpm (normocardia)

< 60 bpm (bradicardia)

> 100 bpm (taquicardia)

Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm ((normocardia);

Acima de 7 anos: 70 a 90 bpm (normocardia);

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação de Frequência Respiratória		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 016	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a verificação da frequência respiratória, avaliando o funcionamento do sistema respiratório.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Relógio com ponteiro de segundos.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 O paciente deve estar em repouso por pelo menos 5 a 10 minutos;
- 4.3 Assegurar que o tórax seja exposto para avaliação das excursões respiratórias;
- 4.4 Posicionar o paciente confortavelmente;
- 4.5 Colocar a mão no pulso radial do paciente, como se fosse controlar o pulso e observar os movimentos respiratórios;
- 4.6 Contar a frequência respiratória, inspiração e expiração, ciclo completo, durante 1 minuto;
- 4.7 Verificar a profundidade, se a excursões ou movimentos da parede torácica são iguais e completas em ambos os lados do tórax;
- 4.8 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.9 Anotar no prontuário eletrônico.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

## 7. ANEXOS:

- Este procedimento pode ser realizado apenas pela observação do tórax ou então colocar a mão sobre o mesmo para avaliação;
- É importante registrar se o paciente está recebendo suplementação de oxigênio (máscara ou cateter nasal, e a vazão em litros do oxigênio por minuto);
- O paciente deve estar tranquilo e em silêncio;
- É importante que o paciente não perceba que o número de respirações está sendo verificado;

Adultos:

- 12 a 22 inspirações/min (eupneico);
- Maior que 22 inspirações/min (taquipneico);
- Menor que 12 inspirações /min (bradipneico);

Crianças:

- 20 a 25 inspirações/min (eupneico);

RN:

- 30 a 60 inspirações/min (eupneico);
- O termo dispnéia refere-se à sensação subjetiva relatada pelo paciente de falta de ar. Pode ou não estar associada à taquipnéia.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		



---

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação de Peso Corpóreo		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 017	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar o procedimento de verificação do peso corpóreo, avaliando o estado nutricional, ganhos, perdas, retenção de líquidos e fornecer valores para adequar a medicação, hidratação e a dieta para o paciente.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Balança mecânica ou eletrônica;
- Papel toalha.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.3 Forrar a base da balança com papel toalha;
- 4.4 Verificar as condições da balança;
- 4.5 Solicitar ao paciente que retire os sapatos e roupas pesadas;
- 4.6 Ajudar o paciente a subir na balança;
- 4.7 Se a balança for digital leia o valor obtido, se for mecânica, ajuste os indicadores e verifique o peso;
- 4.8 Ajudar o paciente a descer da balança;
- 4.9 Remover o papel-toalha da balança;
- 4.10 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.11 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos físicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOSACHI, Nelson **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. 10ª Edição Curitiba: Os Autores, 2005.

CARMAGNANI, Maria I. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação de Estatura		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 018	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Normatizar e padronizar a verificação de medidas antropométricas, fornecendo subsídios para as dosagens de medicamentos e anestésicos, detectar as variações patológicas, acompanhar o crescimento e desenvolvimento pondero-estatural.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

#### 3. MATERIAIS:

- Balança antropométrica;
- Papel toalha.

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.2 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.3 Avaliar as condições do paciente e quando possível solicitar que retire o calçado e roupas pesadas, auxiliando-o se necessário;
- 4.4 Colocar o paciente ereto, de costas para o antropômetro, com os calcanhares unidos, olhando para o horizonte;
- 4.5 Ler a medida;
- 4.6 Auxiliar o paciente a descer da balança e calçar os sapatos;
- 4.7 Colocar os sensores em zero e baixar a régua;
- 4.8 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;

4.10 Anotar no prontuário eletrônico do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos físicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

FERNANDES, M. V. et al. **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina: 2002.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Punção Venosa Periférica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 019	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf <sup>ª</sup> . Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>ª</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf <sup>ª</sup> . Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Instruir a equipe de enfermagem sobre os pontos básicos e imprescindíveis na punção venosa periférica, para evitar punções repetitivas, desperdiçar materiais e proporcionar conforto ao paciente.
- É um procedimento que se caracteriza pela instalação de um dispositivo (acath ou scalp) no interior do vaso venoso para administração de fluidos, de forma direta (bolus) ou em infusão contínua.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

#### 3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Par de luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Esparadrapo;
- Garrote;
- Dispositivo intravenoso escolhido (acath ou scalp);
- Conectores, tampinha ou polifix;
- Talas, faixas de ataduras no caso de crianças ou idosos;
- Material a ser infundido (medicamento, soro e hemocomponentes).

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir o material;
- 4.3 Levar o material ao quarto do paciente;
- 4.4 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.5 Manter o paciente em uma posição confortável;
- 4.6 Inspeccionar e palpar a rede venosa, dando preferência às veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas, iniciando pela parte distal. Observar as veias evitando as lesionadas, avermelhadas e ou inchadas, veias previamente infectadas, região de articulações, veias muito pequenas para o calibre do cateter;
- 4.7 Respeitar a sequência: dorso das mãos, braços e antebraços;
- 4.8 Para pacientes adultos: as veias de escolha para inserção são as das superfícies dorsale ventral dos antebraços, que podem acomodar cateteres de maior calibre, tais como: cefálica, basílica, medianas do antebraço, cotovelo e do dorso da mão da mão. Veias dos membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitas.
- 4.9 Posicionar o membro superior a ser puncionado;
- 4.10 Calçar as luvas de procedimentos (ambas as luvas);
- 4.11 Colocar o garrote aproximadamente 5 cm acima do local a ser puncionado (se necessário, pedir ao paciente que abra e feche a mão);
- 4.12 Fazer a antisepsia do local a ser puncionado, numa única direção (do local a ser puncionado para cima) e uma vez em cada face do algodão umedecido com álcool 70%;
- 4.13 No caso de sujidade visível no local selecionado para punção, removê-la com água e sabão ou com clorexidina degermante a 2% antes da aplicação do antisséptico a base de álcool.
- 4.14 Um novo cateter deve ser usado a cada tentativa de punção no mesmo paciente.
- 4.15 Retirar o protetor de agulha do dispositivo;
- 4.16 Tracionar a pele com o indicador ou o polegar da mão não dominante, para fixar a pele e prevenir que a veia não se mova;
- 4.17 Perfurar a pele e os tecidos subjacentes com ângulo de 15º a 30º em direção à veia, introduzir lentamente o dispositivo na veia, com o bisel voltado para cima;
- 4.18 Com o cateter flexível não agulhado: após introduzir o cateter lentamente, observar o retorno venoso, avançar 0,5 cm, tracionar o guia e avançar o cateter na veia, soltar

o garrote, retirar o guia, pressionar o cateter para evitar extravasamento de sangue e conectar o polifix;

4.19 Conectar o equipo/polifix e abrir o soro ou sangue ou medicamento a ser infundido;

4.20 Depois de puncionada, realizar a fixação correta, fazer uso de micropore e ou faixa com ataduras, fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;

4.21 Identificar com: número do calibre do cateter, data, horário e assinatura;

4.22 Recolher o material, desprezar as luvas;

4.23 Realizar desinfecção do garrote com algodão umedecido com álcool 70%;

4.24 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.25 Anotar no prontuário eletrônico o procedimento.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico
- Risco físico

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de procedimentos de enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

PHILLIS, D. S. **Manual de terapia intravenoso**. Porto Alegre, Artmed, 2001.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. **O hospital – Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Terceira Diretoria. **Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde**. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04 / 2022.

## 7. ANEXOS:

- Utilizar Scalp (dispositivo agulhado) para administrar medicações rápidas na sala de medicação ou na observação, em pacientes que não estão internados.

De acordo com a ANVISA (2022) deve-se:

- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o



início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações.

- Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas;
- Os cateteres flexíveis, como o de poliuretano, estão associados a menores complicações infecciosas do que cateteres confeccionados com cloreto de polivinil ou polietileno e ainda contribuem significativamente para a redução de flebites em punções venosas periféricas. Não devem permanecer no interior de incubadoras, berços aquecidos durante o processo da escolha da veia e antisepsia da pele, pois a exposição à temperatura desses ambientes poderá deixá-los mais flexíveis e dificultara punção;
- Os cateteres rígidos podem lesar a camada interna da veia, contribuindo para a ocorrência de complicações como flebite, formação de trombos e obstruções. Não devem ser inseridos em regiões de articulações, devido ao risco de infiltração e rompimento do vaso, além de prejudicar a mobilidade do paciente. Seu uso é restrito para punções intermitentes e administração de infusão em dose única;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com um plástico durante o banho.
- Realizar flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão.
- Realizar flushing antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis.
- Avaliar o sítio de inserção do acesso e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, calor, edema, dor e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia.
- O cateter não deve ser trocado em um período inferior às 96h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá: da avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Retirada do Acesso Venoso		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 020	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Atender a suspensão de administração de soroterapia, conforme prescrição médica.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Algodão, luva de procedimento;
- Almotolia com álcool a 70%;
- Espadrado.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.4 Fechar a pinça rolete do equipo;
- 4.5 Fazer leve compressão junto ao local de inserção do dispositivo com algodão;
- 4.6 Pressionar o local onde foi retirado o dispositivo até obter a hemóstase;
- 4.7 Colocar um pequeno curativo no local da retirada do dispositivo, se necessário;
- 4.8 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.9 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.10 Fazer as anotações no relatório de enfermagem.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico;
- Risco físico.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed.

Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

#### 7. ANEXOS:

- Não se aplica.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Preparação de material de Flebotomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/ Médicos
<b>POP Nº:</b> 021	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Consiste em uma pequena intervenção cirúrgica para proporcionar a visualização e acesso à uma veia.
- Esta técnica é utilizada quando uma veia periférica ou uma veia central não podem ser alcançadas através de uma punção tradicional. As veias mais frequentemente utilizadas na dissecação venosa são a basilíca ao nível da prega do cotovelo, a braquial no sulco biceptal e a veia safena ao nível do maléolo interno.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos (execução do procedimento)

### 3. MATERIAIS:

- Mesa auxiliar;
- Foco auxiliar;
- Caixa de dissecação de veia ou pequena cirurgia ou conjunto de descartáveis para dissecação de vasos;
- Cateteres de diversos calibres;
- Suporte de soro;
- Fio de sutura: algodão 2-0 ou 3-0;
- Agulha estéril na caixa de pequena cirurgia;
- Solução anti-séptica;
- Luvas estéreis;
- Pacote de campos para flebotomia (padronizado para a caixa de flebotomia).

- Anestésico local a 2% sem vasoconstritor;
- Frasco de soro prescrito, montado com equipo;
- Soro fisiológico na cuba redonda, pequena (da caixa de dissecação de veia);
- Lâmina de bisturi número 22 ou de acordo com o número do cabo de bisturi;
- Fita adesiva;
- Recipiente para lixo.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- De competência médica.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco Biológico

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

SOUZA, V.H.S.; MOZAECHI, N. O Hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed.  
Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Punção de Jugular Externa		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem / Médico
<b>POP Nº:</b> 022	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de punção de jugular externa, que é a introdução de um cateter na veia jugular externa para administração de soro e medicamentos.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Médicos e enfermeiros.

**3. MATERIAIS:**

- Luva de procedimento;
- Cateter Dispositivo Intravenoso nº: 20/18/16/14;
- Equipo Macrogotas;
- Polifix;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Álcool a 70%;
- Gaze Estéril;
- Micropore.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Dispor de todo material na bandeja;
- 4.3 Encaminhar-se ao leito do paciente;
- 4.4 Explicar o procedimento;
- 4.5 Posicionar o paciente: decúbito dorsal, elevar membros inferiores (se não houver contra-indicação) cabeça lateralizada para o lado oposto a punção;

- 4.6 Calçar luvas;
- 4.7 Fazer assepsia ampla com álcool a 70% no local da punção. Sentido de cima para baixo;
- 4.8 Conectar o soro ao equipo, deixando o material pronto;
- 4.9 Distender o local para proceder à punção;
- 4.10 Introduzir o cateter endovenoso;
- 4.11 Na observação de refluxo sanguíneo acoplar o polifix;
- 4.12 Para confirmar punção, conecte o soro, observando sinal de refluxo (abaixar o soro em nível inferior à altura da veia);
- 4.13 Fixar com esparadrapo ou micropore.
- 4.14 Identificar com data, hora, número do cateter e assinatura legível de quem procedeu à punção;
- 4.15 Deixar o material em ordem.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos biológicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

SOUZA, V.H.S. MOZAECHI, N. **O Hospital – Manual do Ambiente Hospitalar**. 2ª ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- OBSERVAÇÃO: A prática da punção de jugular externa é restrita a médicos e enfermeiros.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		



---

02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Auxílio em Punção Venosa Central		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem / Médico
<b>POP Nº:</b> 023	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica para auxiliar o médico na punção venosa central.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Material estéril para punção de acesso venoso central;
- Avental estéril;
- Luva estéril;
- Solução antisséptica;
- Cateter venoso central (conforme a solicitação do médico);
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40 x 12 e 25x7;
- Xilocaina 2% sem vasoconstritor;
- Fio algodão 2-0 com agulha;
- Polifix;
- Equipos conectados a soro prescrito;
- Gaze estéril;
- Micropore.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.2 Preparar o material necessário;

- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Dispor o material necessário em mesa auxiliar;
- 4.5 Abrir bandeja de punção central, sem contaminar;
- 4.6 Abaixar a cabeceira do paciente;
- 4.7 Retirar travesseiro e manter corpo alinhado;
- 4.8 Conectar soro no equipo e polifix e retirar ar do circuito;
- 4.9 Abrir o material e auxiliar o médico durante o procedimento;
- 4.10 Abrir o soro para verificar permeabilidade quando solicitado pelo médico;
- 4.11 Observar o curativo, sinais de sangramento;
- 4.12 Elevar cabeceira;
- 4.13 Estar atento a instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, insaturação, dispnéia);
- 4.14 Recolher o material utilizado e desprezar no expurgo;
- 4.15 Manter o ambiente organizado;
- 4.16 Anotar o procedimento realizado no prontuário eletrônico do paciente.

#### **4.17 Retirada do Cateter Venoso Central:**

- 4.17.1 O paciente deve estar posicionado em decúbito dorsal horizontal;
- 4.17.2 Retirar cuidadosamente o curativo;
- 4.17.3 Realizar a anti-sepsia;
- 4.17.4 Cortar as fixações dos pontos cirúrgicos;
- 4.17.5 As via(s) de infusão deverão estar totalmente pinçadas;
- 4.17.6 Retirar o cateter venoso central;
- 4.17.7 O orifício da inserção do cateter venoso central deve ser rapidamente fechado, com curativo oclusivo e compressivo, devido ao risco de embolia aérea.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico;
- Risco físico.

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- KNOBEL, Elias. **Enfermagem Terapia Intensiva**. Atheneu São Paulo, 2006.

KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave** 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.

## 7. ANEXOS:

- Os cateteres venosos centrais (CVC) são utilizados para infusão de medicações e soluções endovenosas em pacientes com limitação de acesso venoso periférico, ou com necessidade de drogas vasoativas;
- Os cuidados com cateteres venosos centrais incluem o momento de sua inserção, a monitorização do local de inserção, bem como a manutenção de seu posicionamento e permeabilidade;
- A escolha do local de inserção depende da anatomia de cada paciente. Os locais mais comuns são: veias jugulares internas, veias subclávias e veias femorais;
- O tempo de permanência do cateter venoso central é variável. Deverá levar em consideração a necessidade de infusão por veia central bem como sinais flogísticos no local da inserção ou sinais de infecção sistêmica. Portanto, o cateter venoso central deverá ser retirado assim que terminar sua indicação médica, ou com a presença de sinais flogísticos e/ou infecção sistêmica.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de Medicamento Oral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 024	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf <sup>a</sup> . Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf <sup>a</sup> . Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via oral.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Copo com água.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica e preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos, POP nº01;
- 4.3 Explicar procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado;
- 4.5 Entregar o medicamento ao paciente e oferecer o copo com água;
- 4.6 Esperar o paciente deglutir o medicamento;
- 4.7 Recolher o material utilizado;
- 4.8 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.9 Checar medicação administrada no sistema eletrônico;

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Os comprimidos poderão ser triturados, conforme a necessidade, a fim de facilitar sua deglutição.
- Medicamentos em cápsulas: se o paciente não conseguir deglutir, não se deve abri-las e administrar o conteúdo diluído. Recomenda-se verificar com o médico a possibilidade da alteração da apresentação e via de administração.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicação por Via Retal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 025	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> . Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via retal;
- Administrar medicamentos no reto e no cólon sigmóide para facilitar evacuações, aliviar a dor, distensão abdominal, flatulência e constipação com ação terapêutica e/ou preparo para exames diagnósticos, radiológicos ou endoscópicos ou procedimentos cirúrgicos.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Biombo;
- Medicamento prescrito;
- Roupa de cama;
- Hamper;
- Sonda retal;
- Forro;
- Lençol ou toalha;
- Comadre;
- Gel hidrossolúvel;
- Máscara;
- Óculos de proteção.

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

4.1 Conferir a prescrição médica;

4.2 Preparar o material necessário;

4.3 Promover privacidade;

4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.5 Explicar procedimento ao paciente;

**4.6** Calçar luvas de procedimento;

##### **4.7 Medicamentos supositórios:**

4.7.1 Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna direita fletida em direção ao peito e a perna esquerda esticada;

4.7.2 Afastar a prega interglútea para melhor visualização;

4.7.3 Retirar o supositório da embalagem;

4.7.4 Introduzir a extremidade afilada do supositório no ânus do paciente, usando o dedo indicador, até que ultrapasse o esfíncter anal interno;

4.7.5 Manter o paciente deitado por alguns minutos após a colocação do supositório;

4.7.6 Orientar o paciente para reter o supositório no intestino o tempo máximo que ele conseguir;

4.7.7 Higienizar o paciente se necessário;

4.7.8 Descartar embalagem e luva em local apropriado;

4.7.9 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.7.10 Anotar no prontuário.

##### **4.8 Lavagem (enteroclisma) ou clister (enema):**

4.8.1 Pendurar o frasco com a solução prescrita no suporte de soro;

4.8.2 Higienizar a região anal;

4.8.3 Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo;

4.8.4 Lubrificar a sonda retal ou o bico do frasco de enema com gel hidrossolúvel;

4.8.5 Calçar luvas de procedimento, colocar a máscara e óculos;

4.8.6 Afastar as nádegas;

4.8.7 Introduzir a sonda retal ou o bico do frasco de enema;

4.8.8 Abrir o equipo;

4.8.9 Infundir lentamente toda a solução, no caso do clister, apertar o frasco até esvaziá-lo completamente;

4.8.10 Orientar ao paciente para reter a solução por 5 a 15min;



- 4.8.11 Retirar a sonda ou o frasco;
- 4.8.12 Encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer a comadre;
- 4.8.13 Manter o ambiente organizado;
- 4.8.14 Retirar as luvas;
- 4.8.15 Higienizar as mãos conforme POP n°01;
- 4.8.16 Anotar no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco físico;
- Riscos biológicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Devido ausência de banheiro no quarto de observação no Pronto Socorro, encaminhar o paciente para ala de internamento, preferencialmente em quarto privativo, realizar o procedimento e comunicar o médico sobre a eficácia ou não, aguardar sua conduta com o paciente.
- Observar as características das eliminações, presença de sangue e secreções, cor, consistência, odor e quantidade;
- Quando houver resistência à passagem da sonda, ou o paciente sentir dor, interrompa o procedimento e comunique o médico.
- A introdução de pequena quantidade de líquidos é chamada clister (até 150ml). Acima desta quantidade, é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal.
- Sempre que o paciente tiver condições, ele deverá realizar o procedimento, sob orientação do profissional da enfermagem.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicamento via Enteral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 026	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a administração de medicamentos por sonda Enteral;
- Administrar medicamentos por sonda enteral para pacientes com impossibilidade, contraindicação ou dificuldade de deglutição.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Estetoscópio;
- Seringa de 20 ml;
- Triturador de comprimidos;
- Água;
- Luva de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme POP nº01 ;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Se o medicamento for solução, aspirar a dose prescrita com a seringa;
- 4.5 Se for comprimido, retirar da embalagem e colocar no triturador, até tornar-se pó, diluir em 10 ml de água e aspirar com a seringa;

- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.7 Manter a cabeceira do leito elevada no mínimo 30°, sempre que não houver contraindicações;
- 4.8 Testar o posicionamento da sonda, injetar ar com a seringa e auscultar;
- 4.9 Administrar o medicamento;
- 4.10 Lavar a sonda com 30 ml de água;
- 4.11 Deixar sonda fechada por 30 min em caso de Sonda Nasogástrica (SNG) aberta;
- 4.12 Acomodar o paciente confortavelmente;
- 4.13 Manter o ambiente organizado;
- 4.14 Registrar no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- A expressão via sonda enteral é utilizada para definir acesso ao sistema digestório por sonda oro ou nasogástrica, nasoentérica, e ostomias de nutrição. Certificar que o medicamento pode ser triturado.
- A lavagem da sonda após a administração de dieta ou medicamentos é importante para prevenir obstruções.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		

04		
----	--	--

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicação via subcutânea		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 027	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> . Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicações por via subcutânea;

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 25X7mm;
- Agulha 13X4,5mm;
- Seringa de 1 ml.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme descrito no POP nº 01;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Aspirar o medicamento utilizando a agulha 25X7mm e a seringa 1ml, sem deixar ar no interior;
- 4.5 Trocar a agulha por outra 13X4,5mm;
- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Colocar o paciente em posição adequada;

- 4.9 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.10 Proporcionar privacidade;
- 4.11 Expor a área de aplicação;
- 4.12 Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, utilizando movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- 4.13 Pinçar a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
- 4.14 Introduzir a agulha na pele, fazendo com esta um ângulo de 90° e não tracione o êmbulo da seringa, injetar o medicamento;
- 4.15 Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único, aplicando pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão seco;
- 4.16 Verificar o local da punção, observando a formação de hematomas ou reações;
- 4.17 Recolher o material utilizado;
- 4.18 Desprezar o lixo em local adequado;
- 4.19 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.20 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.21 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.22 Registrar no prontuário.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

## 7. ANEXOS:

- Evitar puncionar membros paralizados, imobilizados ou com lesões;
- Os locais mais apropriados para injeção subcutânea são as faces externa e posterior do braço, abdome, face lateral da coxa e região infraescapular. Esses locais devem ser alternados;

- O volume máximo de medicação que pode ser administrado é 1ml em indivíduos adultos;
- Não se deve fazer massagem no local da aplicação, para não diminuir o tempo de absorção do fármaco.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração via sublingual		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 028	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª. Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enfª. Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicação por via sublingual.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Preparar o material necessário;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Explicar procedimento ao paciente;
- 4.5 Entregar o medicamento ao paciente;
- 4.6 Orientar o paciente a colocar o medicamento sob a língua, sem mastigar ou deglutir;
- 4.7 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.8 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.9 Anotar no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos físicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Certificar que o medicamento pode ser administrado via sublingual.
- Observar o nível de consciência do paciente, avaliando se há necessidade de rever a via de administração com o médico.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicamento via ocular		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 029	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicação via ocular;
- Administrar medicamentos por via oftálmica para auxílio no tratamento por ação local e no exame oftalmológico.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Água morna;
- Toalha de rosto;
- Luva de procedimento;
- Gaze estéril;
- Medicamento prescrito.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Calçar luvas de procedimento;
- 4.5 Fazer ou auxiliar o paciente na higienização dos olhos com água morna;
- 4.6 Solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás;
- 4.7 Puxar delicadamente a pálpebra inferior para baixo usando o dedo indicador;

#### **4.8 Aplicação o colírio:**

- 4.8.1 Pingar o colírio sem encostar o aplicador nos olhos, usando a quantidade conforme prescrição médica;
- 4.8.2 Orientar que o paciente feche o olho lentamente;
- 4.8.3 Após pingar o colírio e fechar o olho, colocar o dedo indicador no canto do olho próximo ao nariz, fazendo uma ligeira pressão durante um a dois minutos;

#### **4.9 Aplicação de pomadas:**

- 4.9.1 Aplicar uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior, sem tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente;
- 4.9.2 Limpar o excesso com uma gaze;
- 4.9.3 Após administrar o medicamento solicitar ao paciente que permaneça com o olho fechado por alguns minutos;
- 4.10 Recolher o material utilizado;
- 4.11 Manter o ambiente limpo e organizado;
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Anotar no prontuário.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

#### **7. ANEXOS:**

- Recomenda-se que o frasco ou tubo de medicamento seja de uso individual;
- Evitar o contato o material com a conjuntiva do paciente.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicação via intramuscular		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 030	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de administração de medicações por via intramuscular;

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 25X7mm;
- Agulha 40X12mm;
- Seringa de 5ml;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Conferir a prescrição médica;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº 01;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Aspirar o medicamento utilizando a agulha 40X12mm e a seringa 5ml, sem deixar ar no interior;
- 4.5 Trocar a agulha por outra 25X7mm;
- 4.6 Explicar o procedimento ao paciente;

- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Colocar o paciente em posição adequada;
- 4.9 Calçar luvas de procedimento;
- 4.10 Proporcionar privacidade antes de expor a área de aplicação;
- 4.11 Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, do centro para as extremidades;
- 4.12 Pinçar a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
- 4.13 Introduzir a agulha fazendo com esta um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- 4.14 Tracionar suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- 4.15 Injetar o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta a que segura a seringa;
- 4.16 Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e firme;
- 4.17 Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear;
- 4.18 Verificar o local da punção, observando a formação de hematomas ou reações;
- 4.19 Recolher o material utilizado e desprezar o lixo em local adequado;
- 4.20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.21 Manter o ambiente organizado e em ordem;
- 4.18 Registrar no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. **Administração de medicamentos**. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 8, p. 166-190.

**7. ANEXOS:**

- Os locais de aplicação devem ser alternados durante o tratamento;
- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.

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

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

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





**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de intramuscular em Z		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 031	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Gláucia Ferreira	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Atender as necessidades para administração de injeções profundas de medicamentos ou drogas irritantes (técnica preconizada para administração de medicamentos à base de ferro, tipo Noripurum).

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Luvas de procedimento;
- Seringa de 5 ml;
- Agulha 30x7;
- Bolas de algodão;
- Almotolia com álcool a 70%.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**4.1 Pré Procedimento:**

- 4.1.1 Verificar a prescrição no prontuário do paciente;
- 4.1.2 Esclarecer ao paciente sobre o procedimento e o medicamento, se as condições assim o permitirem;
- 4.1.3 Lavar as mãos, preparar o medicamento e levá-lo até o quarto do paciente;
- 4.1.4 Perguntar o nome completo do cliente, confirmar leito, dose e horário.

**4.2 Durante o Procedimento:**

- 4.2.1 Posicione e cubra o paciente de modo a ter fácil acesso à região dorsoglútea;
- 4.2.2 Calçar a luva;
- 4.2.3 Fazer anti-sepsia ampla da pele com bola de algodão embebida em álcool a 70%;
- 4.2.4 Retirar o protetor da agulha;
- 4.2.5 Após ter certeza do local da aplicação, utilizando o polegar esquerdo, puxar para a esquerda o tecido do local onde será injetada a solução;
- 4.2.6 Tracione com firmeza com a mão direita, introduza toda a agulha, utilizando ângulo de 90º, mantendo o tecido tracionado até terminar a aplicação;
- 4.2.7 Se ao aspirar retornar sangue, deve-se retirar a agulha, trocar a medicação e puncionar em outro local;
- 4.2.8 Com os dedos indicador e médio da mão esquerda, segurar a seringa ainda mantendo o tecido tracionado, e aspirar o êmbolo utilizando a mão direita;
- 4.2.9 Aplicar lentamente o medicamento;
- 4.2.10 Retirar a agulha fazendo leve compressão no local, sem friccionar a pele;
- 4.2.11 Caso não surja sangue, injetar o medicamento e depois retirar a agulha, soltando a mão esquerda imediatamente.

#### **4.3 Pós Procedimento:**

- 4.3.1 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.3.2 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3.3 Checar o horário de prescrição e fazer as anotações do relatório de enfermagem e assinar.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos físicos;
- Riscos biológicos.

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

## 7. ANEXOS:

- A aplicação dessa técnica permitirá que após a retirada da agulha seja criado um caminho em ziguezague, promovendo um tampão que irá ocluir o ponto de introdução da mesma no músculo, de modo que a solução não reflua no tecido subcutâneo;
- Esta técnica também é utilizada em aplicação de injeção IM em pacientes hemofílicos, quando este tipo de aplicação é absolutamente necessária. **Ex.:** aplicação de vacina antitetânica. (Injeções IM são contra-indicadas em pacientes hemofílicos).

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Gotejamento e escala de soro		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 032	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enfª. Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir sobre o cálculo de gotejamento e a escala de soros.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Escala de soro (anexada em cada posto de enfermagem).

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- A prescrição da administração do soro poderá ser feita em tempo (horas) ou em número de gotas por minuto;

<p><b>Nº de gotas:</b>    Volume (ml)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tempo (h) x3</p>
<p><b>Nº microgotas:</b>    Volume (ml)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tempo (horas)</p>
<p><b>* Lembrando:</b> 20 gotas = 1 ml</p> <p style="text-align: center;">03 microgotas = 1 gota</p>

QUANTIDADE	250ML	500ML	1000ML
Nº de horas	Nº de gotas	Nº de gotas	Nº de gotas
2	42	83	167
4	21	42	83
6	14	28	55
8	10	21	42
12	7	14	28
24	3	7	14

**Escala de soro:**

- 4.1 Com uma fita, marcar o tamanho do soro, marcando com uma caneta.
- 4.2 Pegar a fita marcada e esticar do 1 até o número de horas que é para passar o soro.
- 4.3 Fazer marcações com caneta nas horas.
- 4.4 Colar esta fita no soro, para acompanhar se durante o tempo corrido passou a quantia certa de soro marcado.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

FERNANDES, A. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A. B. Editora, 2006.

PEREZ, I. M. P. **Rotina para o laboratório de avaliação clínica**. Instituto de Ensino Superior. Rio Verde, 2007.

**7. ANEXOS**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aquecimento de soro		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 033	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª. Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enfª. Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Diminuir a perda de calor corpóreo do paciente.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Soro;
- Balde com água quente, ou;
- Microondas.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Aquecer soro de 500 ml em 30 segundos e soro de 1000 ml em 01 minuto;
- 4.2 Na falta de micro-ondas, deixar o frasco de soro em banho-maria;
- 4.3 Retirar o frasco e verificar se o mesmo está numa temperatura adequada;
- 4.4 Instalar o soro respeitando as técnicas assépticas;
- 4.5 Atentar quanto aos soros muito aquecidos, podendo causar queimaduras.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**



SCOPEL, P.M.V., RODRIGUES M.R. **Técnicas e Práticas de Enfermagem**. Robe Editorial, 2001. 314p.

LOPEZ, A.M., CRUZ R.J.M. **Guias Práticos de Enfermagem Hospitalização**. McGraw-Hill, 2001. 394p.

MUSSI, N.M., OHNISHI, M., UTYAMA, I.K.A. OLIVEIRA M.M.B. **Técnicas Fundamentais de Enfermagem**. Atheneu, São Paulo, 2003; 161p.

#### 7. ANEXOS:

- Não se aplica.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Solicitação de administração de hemocomponente		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 034	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Visa esclarecer eventuais dúvidas sobre o papel de cada profissional em todo o processo da transfusão, desde a solicitação até a aplicação do hemocomponente.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Agência Transfusional, Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- RT (Requisição de Transfusão);
- Tubo para a coleta da prova cruzada (Verde);
- Agulha 25X7 ou 25X8;
- Seringa de 10 ml ou 20 ml;
- Luvas de Procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Verificar no prontuário do paciente a solicitação médica;
- 4.2 Solicitar na Agência Transfusional (AT) a RT e o tubo para a coleta;
- 4.3 Solicitar o preenchimento da RT pelo médico responsável pelo paciente e verificar se o preenchimento está correto;
- 4.4 O enfermeiro ou técnico de enfermagem coleta o sangue, 4ml no tubo Verde, a coleta deve ser feita conforme POP 034/2011( Coleta de Sangue)
- 4.5 Entregar a RT devidamente preenchida na AT junto com os tubos de coleta já com o sangue devidamente identificados, com o nome do paciente, leito, enfermagem e a data da coleta;

- 4.6 O Bioquímico responsável realizará a prova cruzada;
- 4.7 Após a preparação do sangue a AT comunica o setor avisando que o sangue está pronto e o enfermeiro ou técnico de enfermagem busca a (s) bolsa (s) de sangue e o equipo próprio (com filtro);
- 4.8 No setor, conferir a bolsa de sangue com os dados do paciente através de um cartão de identificação contido na bolsa;
- 4.9 Verificar o estado da bolsa quanto à presença de bolhas, qualquer alteração de cor ou turvação da mesma, e se for o caso, comunicar AT;
- 4.10 Deixar a bolsa de sangue atingir temperatura ambiente;
- 4.11 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.12 Preparar material para a punção venosa, que deve ser de grosso calibre com acath nº 20 ou 22 e scalp nº19, além do equipo próprio (com filtro) e levar ao quarto do paciente;
- 4.13 Identificar o paciente pela placa no leito e pela pulseirinha colocada no braço no internamento. Os pacientes inconscientes devem ser identificados com bracelete, que deve ser encontrados na AT;
- 4.14 Explicar o procedimento ao paciente, pedir para o paciente assinar o termo de autorização de transfusão sanguínea;
- 4.15 Instruí-lo quanto aos sinais de reação pela transfusão: prurido, urticárias, inchaço, falta de ar, febre e calafrios;
- 4.16 Verificar SSVV antes de iniciar a transfusão, e qualquer alteração nos mesmos comunicar o médico responsável;
- 4.17 Instalar o hemocomponente em acesso venoso único, ou seja, nenhuma medicação deve correr junto com o sangue, a punção deve ser feita conforme POP 020/2011(Punção Venosa Periférica).
- 4.18 Observar o paciente por 15 min deixando correr lentamente o sangue e após esse tempo verificar novamente os SSVV, caso esteja tudo bem, aumentar o gotejamento do sangue, não deixando rápido demais;
- 4.22 Conservar a etiqueta de identificação na bolsa até o final da transfusão, que não deve ultrapassar 4 horas, após esse tempo o sangue deve ser desprezado. Após o término da transfusão, anexar a etiqueta na RT que deve permanecer no prontuário do paciente;

4.23 Ao final da transfusão verificar SSVV do paciente, anotar no prontuário qualquer intercorrência e desprezar no lixo contaminado, o equipo e a bolsa de sangue.

4.24 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.25 Manter o ambiente organizado e em ordem;

\*Se o paciente recusar a receber o sangue, anotar no prontuário a recusa do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BANTON, J. et al. **Terapia Intravenosa**. Editora Lab: Rio de Janeiro, 2005.

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de normas e rotinas hospitalares**. AB Editora: Goiânia, 2006.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Coleta de sangue		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 035	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem sobre a correta técnica de coleta de sangue.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Seringa de 5 ou 10ml;
- Agulha ou scalp (ver o calibre de acordo com as condições do acesso venoso do paciente);
- Requisição de Transfusão;
- Tubos para a coleta;
- Garrote;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme POP nº01.
- 4.2 Explicar o procedimento para o paciente;
- 4.3 Preparar o material e levar ao quarto do paciente;
- 4.4 Calçar as luvas;
- 4.5 Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito dorsal apoiando o braço, de modo a mantê-lo confortável e facilitar a visualização das veias;
- 4.6 Palpar e selecionar a veia a ser puncionada, de preferência no antebraço;

- 4.7 Prender o garrote aproximadamente 5 cm acima do local da punção e pedir para que o paciente feche a mão;
- 4.8 Fazer antissepsia da área com algodão embebido em álcool, no sentido do retorno venoso;
- 4.9 Deixar o algodão na bandeja ou segurá-lo com o dedo mínimo;
- 4.10 Com o polegar da mão não dominante fixar a veia, esticando a pele abaixo do ponto da punção;
- 4.11 Segurar a seringa horizontalmente, com a mão dominante, mantendo o indicador sobre o canhão da seringa;
- 4.12 Introduzir a agulha aproximadamente 1cm na veia em um ângulo de 15º com o bisel e a graduação da seringa voltada para cima;
- 4.13 Aspirar a seringa com a mão que fixava a veia, isto evitará movimentos desnecessários e deslocamento da agulha. Se usar vacutainer aguardar seu enchimento;
- 4.14 Após a coleta do sangue necessário, pedir para o paciente abrir a mão, desprender o garrote e remover a agulha, com movimento único e suave, fazendo em seguida compressão no local com algodão por alguns minutos;
- 4.15 Perfurar a tampa do tubo na parte emborrachada e injetar suavemente o sangue no tubo pela parede do tubo para se evitar a hemólise, se o frasco tiver anticoagulante, fazer movimentos giratórios para misturar bem o conteúdo;
- 4.16 Recolher o material em ordem e colocar o paciente em posição confortável;
- 4.17 Tirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.18 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;
- 4.19 Enviar o material ao laboratório com a requisição;

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

ALEXANDRE, N. M. C. et al. **Procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

**7. ANEXOS**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Coleta de material para exames		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 036	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Mariellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem, sobre a correta técnica de coleta de materiais (urina e fezes) para exame.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Coletores de urina e fezes.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:****9.1 Coleta de urina**

- 4.1.1 Instruir o paciente sobre o exame;
- 4.1.2 Instruir ou fazer a lavagem externa do genital;
- 4.1.3 Orientar a desprezar o primeiro jato e urinar em recipiente limpo e seco previamente rotulado (nome do paciente, leito, data e hora da coleta, responsável pela coleta);
- 4.1.4 Comunicar o laboratório;
- 4.1.5 Manter em caixa térmica até a retirada pelo laboratório;

**4.2 Urina para cultura**

- 4.2.1 Seguir a mesma técnica de coleta de urina, porém o frasco deve ser estéril.

**4.3 Urina de 24 horas**

- 4.3.1 Preparar recipiente adequado com capacidade de 2.000 ml;



- 4.3.2 Desprezar a primeira micção da manhã anotando a hora;
- 4.3.3 Colher todas as outras micções inclusive a primeira da manhã seguinte até completar 24 horas;
- 4.3.4 Enviar toda a urina ou amostra ao laboratório.

#### **4.4 TIG (TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ)**

- 4.4.1 Colher a primeira urina da manhã;
- 4.4.2 Proceder de acordo com a técnica de coleta para o exame simples.

#### **4.5 Coleta de fezes**

- 4.5.1 Instruir o paciente;
- 4.5.2 Preparar recipiente limpo e com tampa;
- 4.5.3 Lavar as mãos conforme POP nº01 e calçar luvas;
- 4.5.4 Fazer o paciente evacuar em comadre limpa se este for acamado;
- 4.5.5 Em pessoas incapazes de evacuar na comadre colher as fezes em fralda;
- 4.5.6 Colher pequena quantidade de fezes com uma espátula;
- 4.5.7 Tampar o frasco e armazená-lo em caixa térmica;
- 4.5.8 Retirar luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5.9 Comunicar o laboratório.

#### **4.6 Coleta de escarro**

- 4.6.1 Instruir o paciente sobre o exame a ser feito;
- 4.6.2 Colher a amostra em jejum depois do paciente ter enxaguado a boca com água;
- 4.6.3 O paciente deverá tossir ou escarrar, não apenas cuspir no recipiente;
- 4.6.4 Comunicar ao laboratório.

### **5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

SCHULL Patrícia Dwyer. **Enfermagem básica - Teoria e prática**. Rideel, São Paulo. 3d. São Paulo. Rideel. 2004.

## 7. ANEXOS

- Não se aplica.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição do corpo Ventral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 037	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª. Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enfª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem sobre a correta mudança de decúbito ventral.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 É a posição em que o paciente fica sobre o abdome, com a cabeça voltada para o lado;
- 4.2 Indicada para exames da coluna vertebral de região cervical;
- 4.3 Existe decúbito ventral de longa e de curta duração.
- 4.3.1 Longa duração: Os braços fletidos, voltados para cima, ou então, distendidos ao longo do corpo. Os pés permanecem geralmente fora da cama ou elevados com travesseiro. A cabeça voltada para o lado, repousando sobre um pequeno travesseiro. Nas mulheres para proteção dos seios, pode-se colocar almofada no tórax.
- 4.3.2 Curta duração: Mãos pendentes, cabeça voltada para o lado, sem travesseiro e os pés sobre a cama.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiania: A B Editora, 2006.

**7. ANEXOS:**



Posição Ventral

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição do corpo Dorsal e Trendelemburg		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 038	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito Horizontal, Dorsal ou Supina.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:****4.1 Posição do corpo dorsal:**

4.1.1 O paciente deita de costas, com as extremidades inferiores em extensão ou ligeiramente flexionadas, para permitir o relaxamento dos músculos abdominais;

4.1.2 Sob a cabeça coloca-se uma ou mais travesseiros, se for necessário maior relaxamento muscular;

4.1.3 Os braços se cruzam sobre o tórax ou são colocados ao longo do tronco. Para exame, o paciente será coberto com um lençol que não fique preso no colchão.

**4.2 Posição de Trendelemburg:**

4.2.1 Colocar o paciente em decúbito dorsal, elevar as pernas e abaixar a cabeça. Posição usada para cirurgias em órgãos da pelve e para choque hipovolêmico. A posição favorece a descida do diafragma das vísceras.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

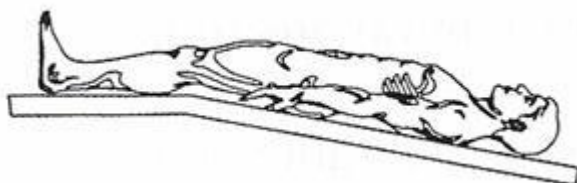
FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiania: A B Editora, 2006.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

#### 7. ANEXOS:



Posição Dorsal



Posição Trendelenburg

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição de Fowler		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 039	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Proporcionar conforto ao paciente e também orientar a equipe de enfermagem de como colocar o paciente na posição de Fowler.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Colocar o paciente semi-sentado, com apoio nos joelhos e nos pés.
- 4.2 Utilizar para proporcionar conforto e em pacientes com problemas pulmonares e cardíacos.
- 4.3 Pode ser improvisada com uma cadeira voltada com o espaldar colocado sob o colchão, de modo que o paciente fique recostado. O apoio nos joelhos e nos pés também pode ser improvisado com um cobertor enrolado em lençol, preso ao estrado da cama.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

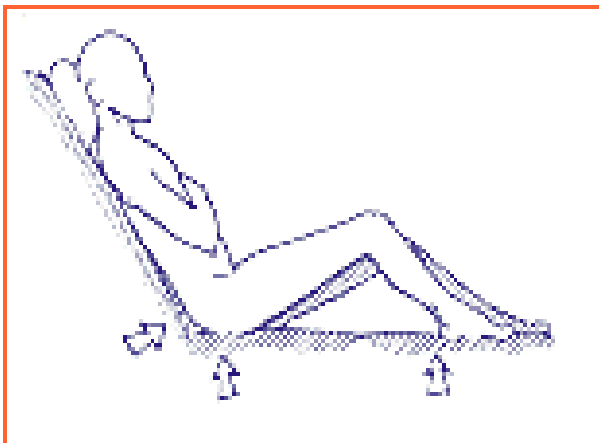
**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. *Técnicas Básicas de Enfermagem*. Século XXI, Curitiba, 2005.



FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição do corpo ginecológica ou litotomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 040	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito ginecológica ou litotomia.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Cama;
- Lençol.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Colocar o paciente deitado na posição dorsal, com as pernas flexionadas sobre as coxas, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos afastados um do outro;
- 4.2 Caso haja disponível mesa apropriada para exame ginecológico – as pernas ficam apoiadas em suportes, perneiras;
- 4.3 Cobrir-se a paciente com um lençol em diagonal de modo que uma ponta fique sobre o peito e a outra sobre a região púbica. As outras pontas são enroladas nos pés ajustadas aos calcâneos.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

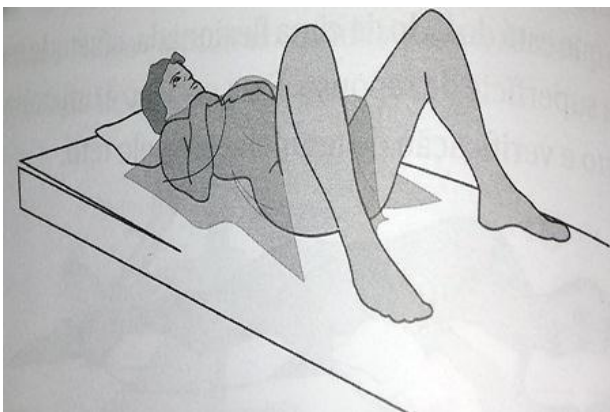
**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J.Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição do corpo Genupeitoral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 041	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para correta mudança decúbito genupeitoral.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Cama;
- Travesseiro.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 O paciente se mantém ajoelhado e com o peito apoiado na cama;
- 4.2 Colocar um travesseiro sob o tórax e a cabeça do paciente;
- 4.3 Os braços flexionados nos cotovelos repousam sobre a cama, auxiliando a amparar o paciente;
- 4.4 Para que o peso do corpo recaia sobre o peito e os joelhos, estes devem ficar ligeiramente afastados um do outro, as pernas estendidas sobre a cama formando ângulo reto com as coxas;
- 4.5 Para cobrir o paciente nesta posição, usar dois lençóis comuns ou um lençol fenestrado.  
Esta posição é usada para exames vaginais e retais.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

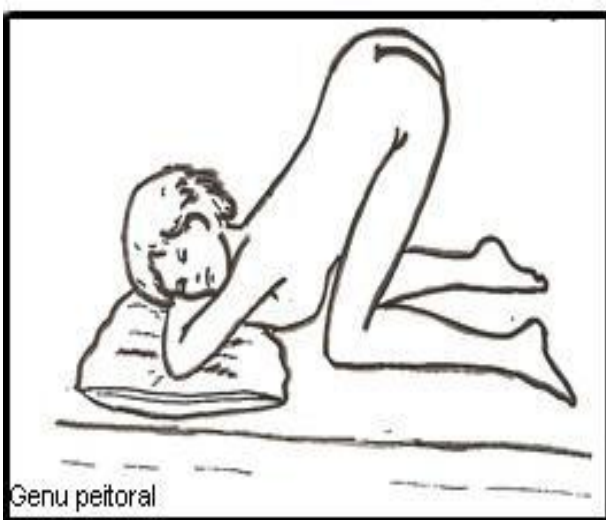
**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

SMITH-TEMPLE, J & JOHNSON, J,Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição do corpo ereta, ortostática ou em pé		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 042	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para correta posição do corpo ereta, ortostática ou em pé.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 É usada para detectar certas anormalidades ortopédicas ou neurológicas;
- 4.2 O paciente deve estar de chinelos;
- 4.3 Não sendo possível o chão deve ser forrado com papel, pano ou tapete.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

FERNANDES, A.M.O. ET AL. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Posição de Sims		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 043	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Proporcionar conforto ao paciente e também orientar a equipe de enfermagem de como colocar o paciente na posição de Sims.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Pode ser do lado direito ou esquerdo;
- 4.2 Deitar o paciente para o lado que melhor for para ele;
- 4.3 Colocar um travesseiro sob a cabeça para servir de apoio;
- 4.4 Colocar o braço esquerdo para trás do corpo e este ligeiramente inclinado para a frente, de modo a fazer recair parte do peso do corpo sobre o peito;
- 4.5 O braço direito é colocado em qualquer posição que seja confortável ao paciente;
- 4.6 Dependendo da posição, direita ou esquerda, a perna de cima fica esticada e a debaixo flexionada;
- 4.7 O paciente é coberto com um lençol ou cobertor, expondo-se as partes necessárias por meio de dobras do lençol;
- 4.8 Essa posição (lateral esquerda) é usada para a lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura retal e repouso.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS:**

KOCH, R. M. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. Século XXI, Curitiba, 2005.

FERNANDES, A. M. O. et al. **Manual de Normas e Rotinas Hospitalares**. Goiânia: A B Editora, 2006.

SMITH-TEMPLE, J. & JOHNSON, J. Y. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Restrição mecânica dos movimentos		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 044	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- São medidas para limitar os movimentos dos pacientes, a fim de evitar quedas, são utilizadas também para contenção de pacientes agitados, confusos ou com transtornos psiquiátricos.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Lençóis dobrados em diagonal, formando faixa em torno de 25 cm de largura, ou kit de restrição com 5 bandagens (armazenados na sala de enfermagem);
- Algodão ortopédico;
- Ataduras de crepom.
- Colete;
- Algodão ortopédico.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:****4.1 COM LENÇÓIS**

4.1.1 Restrição do ombro: colocar a faixa sob as costas do paciente, passando pelas axilas, protegidas com algodão, cruzando sob o travesseiro e amarrando ao estrado da cabeceira na parte móvel da cama.

4.1.2 Restrição do abdome, são necessários 2 lençóis, um sobre o abdome do paciente e o outro, sob a região lombar. Torcer juntas as pontas dos lençóis, amarrando-as no estrado lateral, na parte móvel da cama.

4.1.3 Restrição dos joelhos: passar a ponta do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo, a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito amarrando as pontas no estrado lateral, na parte móvel da cama.

#### **4.2 COM FAIXAS**

4.2.1 Formar com a faixa uma figura em oito e apanhá-la pelos dois centros, formando uma argola. Prender o membro protegido com algodão. Amarrar as extremidades da faixa, nas laterais na parte móvel da cama.

#### **4.3 COM COLETE**

4.3.1 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, na parte móvel da cama.

### **5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

### **7. ANEXOS:**

- Avaliar criteriosamente, a necessidade de fazer ou manter a restrição de movimentos, aplicando-a somente em casos de extrema necessidade. Em alguns casos, pode-se evitar restrição, colocando as grades da cama.
- Anotar no relatório a região e a causa determinante da restrição.
- Vigiar com frequência o local de restrição. Se o paciente ficar contido durante muito tempo, tira-la duas vezes ao dia, lavando o local com água e sabão e protegendo se necessário com algodão ortopédico.
- Sempre que restringir os ombros, restringir também o abdome.
- Não fixar restrição das mãos e cabeceiras da cama.
- Quando se coloca a contenção no abdome, evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica.
- Evitar fazer pressão sobre uma artéria.

- Proteger a pele com algodão.
- Amarrar as extremidades da faixa na parte móvel da cama.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Auxílio na deambulação de pacientes		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 045	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como auxiliar na deambulação do paciente.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Ajudar o paciente a sentar-se na cama;
- 4.2 Ficar de frente para o paciente e pedir para apoiar as mãos nos ombros de quem está auxiliando;
- 4.3 Colocar as mãos na cintura do paciente e ajudá-lo a ficar em pé;
- 4.4 Observar o pulso e a reação geral do paciente. Em caso de fadiga, sentá-lo novamente;
- 4.5 Caminhar ao lado do paciente, até que ele se sinta seguro para andar sozinho. Se necessário oferecer apoio ou levá-lo até um corrimão;

**5. FATORES DE RISCO:**

- Riscos ergonômicos.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Passar o paciente da cadeira para cama		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 046	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem sobre como transportar o paciente da cadeira para a cama.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Colocar a cadeira obliquamente bem próxima à cama, ao lado dos pés;
- 4.3 Travar as rodas ou pedir a alguém que segure a cadeira;
- 4.4 Auxiliar o paciente a levantar-se segurando-o pela cintura, orientando-o para apoiar-se nos ombros de quem está auxiliando;
- 4.5 Ajudar o paciente a sentar-se na cama, usando escadinha;
- 4.6 Auxiliar o paciente a deitar-se e deixá-lo confortável;

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.



**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sentar o paciente em cadeira comum ou de rodas		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 047	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem sobre o modo correto de sentar o paciente em cadeira comum ou de rodas.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Cadeira comum ou cadeira de rodas;
- Escadinha, se necessário;
- Chinelos e roupão.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Explicar ao paciente os movimentos que serão executados e a forma como poderá ajudar, se estiver em condições;
- 4.2 Abaixar a roupa de cama em leque;
- 4.3 Colocar a cadeira obliquamente bem próxima a cama, ao lado dos pés;
- 4.4 Travar as rodas com trava própria, ou pedir a alguém que segure a cadeira;
- 4.5 Virar o paciente de lado, colocando um braço no ombro do paciente e o outros sob os joelhos. O braço mais distante do paciente se apóia no ombro de quem está auxiliando e com um movimento, sentá-lo na cama;
- 4.6 Observar seu estado geral, evitando deixar o paciente sozinho;
- 4.7 Levantar o paciente, salientando para apoiar as mãos nos ombros de quem está auxiliando, que ira segurá-lo pela cintura;

4.8 Virar o paciente sentá-lo na cadeira, calçar os chinelos e cobri-lo;

4.9 Deixar o ambiente em ordem.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Transporte do paciente do leito para maca		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 048	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar o transporte do paciente do leito para maca, transferindo o paciente com conforto e segurança.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Maca;
- Lençol;
- Cobertor;
- Álcool a 70%;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Biombo.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material necessário;
- 4.3 Realizar desinfecção do colchão da maca com álcool a 70%;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Reunir os profissionais necessários para auxiliar no transporte;
- 4.6 Aproximar a maca do leito do paciente;
- 4.7 Explicar o procedimento ao paciente;

- 4.8 Promover privacidade, utilizando biombos ou fechando a porta do quarto;
- 4.9 Deitar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.10 Verificar condições de acesso venoso e infusões, sondas e drenos, proporcionando condições para que esses artefatos possam acompanhar o paciente;
- 4.11 Soltar as bordas do lençol;
- 4.12 Enrolar as pontas do lençol próximos ao paciente;
- 4.13 Colocar a maca em posição paralela e encostada ao leito;
- 4.14 Posicionar os profissionais ao lado do paciente;
- 4.15 Passar o paciente para a maca em um só movimento sincronizado;
- 4.16 Aquecer o paciente quando necessário;
- 4.17 Encaminhar ao destino;
- 4.18 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.19 Registrar o transporte realizado no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

## 7. ANEXOS:

- Não se aplica.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Higiene Oral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 049	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente, manter o estado de saúde da boca, dos dentes e das gengivas;

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandejas;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto;
- Escova dental macia ou espátula protegida com gaze;
- Creme dental ou solução antisséptica;
- Copo descartável com água;
- Cuba rim;
- Óleo hidratante;
- Material para aspiração (quando necessário).

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material necessário;
- 4.4 Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
- 4.5 Colocar o paciente em posição de Fowler;
- 4.6 Proteger o tórax do paciente com uma toalha;

- 4.7 Calçar luvas de procedimento;
- 4.8 Inspecionar a integridade dos lábios e da cavidade oral;
- 4.9 Proceder a higiene utilizando creme dental ou solução antisséptica;
- 4.10 Avaliar o nível de consciência do paciente, considerando a possibilidade de broncoaspiração;
- 4.11 Dispor de material para aspiração se necessário;
- 4.12 Higienizar os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas;
- 4.13 Higienizar a língua com cuidados;
- 4.14 Oferecer copo com água para o paciente fazer bochechos, quando possível;
- 4.15 Enxugue os lábios do paciente com toalha;
- 4.16 Retire as luvas de procedimento;
- 4.17 Colocar o paciente em posição confortável;
- 4.18 Recolher o material;
- 4.19 Manter o ambiente em ordem;
- 4.20 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.21 Realizar anotação de enfermagem.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico.
- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALEXANDRE, N.M.C. ET AL. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

## 7. ANEXOS:

### Cuidado com a prótese dentária:

- Se o paciente estiver inconsciente ou tiver que ser submetido a uma cirurgia, a prótese dentária não deverá ser colocada.



- Quando o paciente não pode cuidar de sua prótese dentária, a enfermagem deverá fazê-lo , retirando com o auxílio de gaze e com cuidado para não machucar as gengivas.
- Entregar a prótese para familiar ou responsável e registrar

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Lavagem Gástrica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 050	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/05/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª. Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enfª. Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à realização da lavagem de estômago.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Frasco com solução indicada;
- Sonda Nasogástrica com nº de acordo com o paciente;
- Suporte de soro;
- Seringa de 20ml ou equipo macro;
- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Cuba-rim;
- Forro de pano ou plástico;
- Saco plástico para resíduos.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.2 Preparar o ambiente e usar biombo se necessário;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Realizar a passagem de Sonda Nasogastrica conforme POP nº73;
- 4.5 Adaptar à extremidade da sonda na seringa ou no equipo conectado à solução prescrita;

- 4.6 Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- 4.7 Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- 4.8 Terminada a lavagem, retirar a sonda e recolher o material;
- 4.9 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- 4.10 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.11 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.12 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

#### 6. REFERÊNCIAS:

- KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

#### 7. ANEXOS:

- Não se aplica.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Higiene íntima (feminina e masculina)		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 051	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para uma correta técnica de higiene íntima feminina.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Jarro com água;
- Saco plástico para resíduos;
- Toalha;
- Sabonete;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Comadre;
- Impermeável o forro.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Orientar a paciente sobre o cuidado;
- 4.2 Preparar o ambiente cercar a cama com biombo se necessário;
- 4.3 Organizar o material colocando-o na cadeira ao pé da cama;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Calçar as luvas;
- 4.6 Colocar o forro impermeável e a toalha sob a paciente;

- 4.7 Colocar a paciente em posição ginecológica e cobrindo-a com uma toalha;
- 4.8 Colocar comadre;
- 4.9 Colocar algodão, gaze ou pano na região inguinal pra evitar que a água escorra molhando o leito;
- 4.10 Irrigar a região íntima com água limpa;
- 4.11 Ensaboar e lavar a região íntima:
  - 4.11.1 Feminino: abrir os grandes lábios e lavar de cima para baixo em direção ao ânus, sem retornar para a região limpa;
  - 4.11.2 Masculino: abaixar a membrana do prepúcio, lavar em direção ao ânus, , após enxaguar retornar a membrana do prepúcio;
- 4.12 Irrigar a região com água limpa;
- 4.13 Enxugar com algodão, pano ou toalha que esta sobre a vulva;
- 4.14 Colocar o material usado no saco plástico para resíduos;
- 4.15 Retirar a comadre colocando-a na cadeira;
- 4.16 Deixar o ambiente em ordem e a paciente confortável;
- 4.17 Providenciar a limpeza e a ordem do material;
- 4.18 Retirar as luvas e lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.19 Anotar o cuidado prestado e as observações feitas.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALEXANDRE, N.M.C. ET AL. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Tricotomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 052	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Preparar a pele para execução de procedimentos.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Tricótomo;
- Papel toalha;
- Cuba rim;
- Gazes;
- Forro para proteger a cama;
- Biombo;
- Lâmpada auxiliar.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
- 4.4 Promover a privacidade, colocando biombo;
- 4.5 Verificar a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser realizado;

- 4.6 Calçar luvas de procedimento;
- 4.7 Orientar o paciente para ficar em posição confortável e adequada;
- 4.8 Expor a área a ser tricotomizada;
- 4.9 Remover os pelos maiores com tesoura;
- 4.10 Esticar a pele, fazendo suave tração em direção oposta à raspagem dos pelos, com a outra mão movimentar o aparelho no sentido oposto ao da inserção dos pelos, utilizar movimentos firmes e regulares;
- 4.11 Remover os pelos soltos passando uma gaze;
- 4.12 Revisar a área tricotomizada e refazer se necessário;
- 4.13 Encaminhar a paciente ao chuveiro ou lavar e enxugar a aérea;
- 4.14 Deixar o paciente confortável;
- 4.15 Recolher o material utilizado;
- 4.16 Realizar desinfecção do tricotomo;
- 4.17 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.18 Higienizar as mãos conforme POPnº01;
- 4.19 Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERNANDES, M. V. *et al.* **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina, 2002.

## 7. ANEXOS:

- A tricotomia deve ser realizada imediatamente ou até 2hs antes da cirurgia ou procedimento, de preferência na sala de procedimentos;
- Sempre que possível realizar apenas a poda dos pelos.



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Higienização de bolsa de colostomia/ileostomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 053	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar os cuidados com colostomia e ileostomia, proporcionando conforto ao paciente.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Vaselina líquida;
- Impermeável plástico;
- Papel toalha ou compressa;
- Luvas de procedimento;
- Comadre ou cuba-rim;
- Jarro com água.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Promover privacidade;
- 4.4 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.5 Proteja a cama com material plástico ou impermeável;
- 4.6 Posicionar o paciente em decúbito lateral sobre o lado da colostomia;
- 4.7 Proteger a roupa do paciente com papel toalha ou compressa;

- 4.8 Calçar luvas de procedimento;
- 4.9 Colocar a comadre sobre a cama direcionando abertura da bolsa para a comadre;
- 4.10 Abrir e esvaziar a bolsa coletora;
- 4.11 Afastar a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, colocar água dentro da bolsa até a metade da sua capacidade;
- 4.12 Fechar a abertura da bolsa com uma das mãos, fazer movimentos com a outra mão para remoção dos resíduos de fezes que tenham aderido a parede da bolsa;
- 4.13 Secar a abertura da bolsa com papel toalha ou compressa;
- 4.14 Pressione a bolsa suavemente, retirando o ar;
- 4.15 Fechar a abertura da bolsa com presilha, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre a haste interna da presilha;
- 4.16 Deixar o paciente confortável;
- 4.17 Despejar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- 4.18 Recolher o material utilizado;
- 4.19 Retirar as luvas;
- 4.20 Higienizar as mãos POPn°01;
- 4.21 Registrar no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

**CONSENDE C.H; SOUZA S.R. ET AL. Enfermagem médica-cirúrgica. 3 ed.** Rio de Janeiro. 2004 vol 3.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem.** 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

PORTELA C. R. CORREA G.T. **Manual de consulta para estagio em enfermagem.** São Caetano do sul. Difusão editora 2004.

## 7. ANEXOS:

- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa aumenta a durabilidade, conforto e evita constrangimentos ao paciente.

- A utilização de 1ml de vaselina líquida para umedecer as paredes internas da bolsa coletora facilita o esvaziamento da bolsa e evita aderência de resíduos fecais.
- Sempre que o paciente tiver condições, ele pode ser levado ao banheiro e esvaziar a bolsa sozinho.
- Deve-se observar a cor, consistência, quantidade e odor.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Irrigação de ostomia intestinal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 054	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem para uma correta técnica de irrigação de ostomia intestinal.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Soro fisiológico;
- Equipo;
- Sonda enteral;
- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Preparar o material a ser utilizado;
- 4.2 Explicar ao paciente o procedimento;
- 4.3 Deixar o paciente confortável;
- 4.4 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.5 Aquecer o soro fisiológico;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer uma limpeza no orifício do estoma antes do procedimento;
- 4.8 Introduzir a sonda no orifício do estoma;
- 4.9 Conectar o soro fisiológico direto na sonda ou em um equipo conectando a sonda;
- 4.10 Introduzir o soro dentro do orifício estoma;

- 4.11 Deixar que o líquido exerça sua função dilatando o intestino grosso para que as fezes retornem;
- 4.12 Realizar novamente a limpeza no orifício e conectar a bolsa;
- 4.13 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.14 Retirar as luvas e descartar em local apropriado;
- 4.15 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.16 Deixar paciente confortável.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALEXANDRE N.M ET AL. **Procedimentos Básicas de Enfermagem**. São Paulo; Editora Atheneu 2000.

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Limpeza da cânula de traqueostomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 055	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica e os cuidados com pacientes traqueostomizados e com cânula metálica, evitando a obstrução por secreções e proporcionar conforto e bem estar.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Gaze estéril;
- Cuba rim estéril;
- Material de curativo ou pinça anatômica estéril;
- Luva de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Cadarço.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.3 Preparar o material necessário;
- 4.4 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.5 Retirar a cânula interna com o auxílio de uma gaze;
- 4.6 Colocar solução fisiológica na cuba rim;
- 4.7 Lavar a cânula, introduzindo uma gaze no interior da cânula, movimentando de uma extremidade para outra;

- 4.8 Trocar as gazes e limpar até ficar totalmente permeável;
- 4.1 Utilizando uma gaze limpa recolocar a cânula;
- 4.2 Deixar o paciente confortável;
- 4.3 Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- 4.4 Retirar as luvas;
- 4.5 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.6 Anotar no prontuário o procedimento realizado.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Limpar a cânula pelo menos uma vez ao dia e sempre que se apresentar com secreções.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_


Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Fixação de cânula orotraqueal e traqueostomia		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 056	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica e os cuidados de enfermagem na fixação da cânula traqueal e de traqueostomia.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Luva Procedimento;
- Tesoura;
- Cadarço (80 cm);
- Gaze;
- Fita hipoalergênica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.3 Iniciar amarração do cadarço, passando pela região occipital, acima das orelhas, continuando pela face até metade do lábio superior, onde se dá uma laçada e em seguida três nós tipo “trança”;
- 4.4 Passar em seguida na parte inferior do tubo, amarrando por baixo e a seguir por cima, duas ou mais vezes, até que a cânula esteja realmente fixa;
- 4.5 Cortar o cadarço que sobrou;
- 4.6 Manter o ambiente organizado;

4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.8 Anotar no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R.M. ET AL. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 23ed. Curitiba: editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- A troca da fixação do TOT e da traqueostomia tem como finalidade fixar a cânula de modo que esta, não possa se deslocar com o peso das conexões do ventilador ou pela tubulação de oxigênio ou com o movimento do paciente.
- A fixação deve ser trocada pelo menos uma vez ao dia, ou sempre que estiverem soltos ou sujos.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aspiração de vias aéreas.		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 57	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/05/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Flávia M. de Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enfª. Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à forma correta da realização da aspiração de vias aéreas.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

#### 3. MATERIAIS:

- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado ao paciente (usa-se a nº 08 ou 10 para as crianças);
- Luva estéril;
- Borracha (látex) de aspiração;
- Aspirador;
- Solução fisiológica para a limpeza do circuito após utilização;
- Gaze estéril;
- Máscara e óculos para proteção;
- Ampolas de água destilada para ajudar a fluidificar a secreção durante a aspiração se necessário.

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Explicar o procedimento para o paciente;
- 4.2 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.3 Montar o circuito de aspiração;

- 4.4 Abrir a extremidade da embalagem da sonda e conectá-la à borracha (látex) de aspiração e conseqüentemente ao aspirador, manter o restante da sonda dentro da embalagem estéril;
- 4.5 Colocar a máscara e óculos para proteção;
- 4.6 Calçar as luvas estéreis;
- 4.7 Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- 4.8 Introduzir a sonda de aspiração cautelosamente, mantendo a borracha (látex) clampeado;
- 4.9 Para aspirar, solte a borracha e retire a sonda com movimentos suaves, se necessário fluidificar a secreção com água destilada;
- 4.10 Aspirar por aproximadamente 15 segundo e dar intervalos de 30 segundos;
- 4.11 Oxigenar o paciente se necessário;
- 4.12 Lavar todo circuito com solução fisiológica aspirando-a e desprezar a sonda, trocar o circuito a cada 24hs;
- 4.13 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.14 Retirar as luvas;
- 4.15 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.16 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS:

- BALBINO, C.M. et al. **Avaliação da técnica de aspiração em ventilação mecânica realizada pela enfermagem.** Ver enferm EFPE, 2016.
- LECH, J. **Manual de procedimetos de enfermagem.** São Paulo: Editora Martinari, 2006.
- **Manual de Normas e Rotinas de Procedimento para a Enfermagem –** Secretaria de Saúde de Campinas.
- PEREZ, I. M. P. **Rotina para o laboratório de avaliação clinica.** Instituto de Ensino Superior Rio Verde, 2007.
- Resolução COFEN nº0557/2017, acessado em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/RES.-557-2017.pdf>, em junho 2023.

**7. ANEXOS:**

- Sequência correta de aspiração com a mesma sonda: tubo ou traqueostomia, nariz e boca.
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).
- Os pacientes em observação e internamento considerados não graves, ou em uso de traqueostomia, poderão ter esse procedimento realizado pelo técnico de enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro, dentro do processo de enfermagem.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aspiração traqueal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 058	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica e os cuidados para aspiração traqueal em pacientes intubados e/ou traqueostomizados.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Algodão ou compressa estéril;
- Álcool 70%;
- Sonda Aspiração esterilizada (o diâmetro da sonda não deve ser maior que 1/3 da cânula);
- Luva Procedimento, máscara e óculos de proteção;
- Luva de Aspiração esterilizada;
- Soro fisiológico ou água destilada para irrigação;
- Bolsa máscara valva (AMBÚ);

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Realizar ausculta pulmonar pré aspiração;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar os EPI's;
- 4.5 Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la a extremidade do látex;
- 4.6 Abrir o vácuo e manter com pressão de 25 a 35 mmHg;

- 4.7 Hiperoxigenar o paciente com oxigênio a 100% usando uma bolsa de reanimação manual (AMBÚ) ou ventilador, antes, durante e após a aspiração (tempo de 2 minutos);
- 4.8 Realizar assepsia com algodão ou compressa estéril e álcool 70% na conexão da traquéia/filtro à cânula traqueal (TOT e Traqueostomia);
- 4.9 Observar o comprimento da sonda em relação à cânula Traqueal (TOT e Traqueostomia);
- 4.10 Instilar 2 ml de soro fisiológico para fluidificar secreção traqueal;
- 4.11 Ventilar com ambú de forma rápida para mobilizar secreção;
- 4.12 Introduzir de forma rápida a sonda de aspiração, mantendo clampeado o látex durante a introdução (observar para não introduzir toda a sonda para evitar lesões de traquéia);
- 4.13 Soltar o clampe e proceder à aspiração (este processo deverá ser executado no máximo entre 10 e 15 segundos);
- 4.14 Realizar ausculta pulmonar para verificar a necessidade de nova aspiração;
- 4.15 Lavar a extensão de látex, no final do ciclo das aspirações, aspirando a água do frasco, e desprezando a sonda em seguida.
- 4.16 Manter o ambiente organizado;
- 4.17 Anotar no prontuário a característica da secreção aspirada.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

Resolução COFEN nº0557/2017, acessado em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/RES.-557-2017.pdf>, em junho 2023.

**7. ANEXOS:**

- A aspiração traqueal tem por finalidade remover secreções e manter permeável a via aérea.
- Deverá ser realizada após avaliação do enfermeiro e não com horários pré-definidos, devidos aos riscos envolvendo tal procedimento.
- Conforme Resolução do COFEN nº0557/2017, pacientes graves devem ser aspirados pelo enfermeiro.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---



 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Auxílio na intubação orotraqueal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 059	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica e os cuidados durante a intubação endotraqueal.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Ambú com máscara facial adulto;
- Fonte de oxigênio e extensor para o ambú;
- Sistema de aspiração;
- Sonda de aspiração (12, 14 e 16);
- Luva estéril;
- Luva procedimento;
- Luva aspiração;
- Acesso venoso permeável;
- 01 seringa 20 ml;
- 01 seringa 10 ml para administrar sedativo;
- Agulha 40x12mm;
- Agulha 25x7mm;
- Sedativo conforme prescrição médica;
- Laringoscópios com lâminas adequadas à população alvo;
- Tubo endotraqueal adulto (7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0)
- 01 seringa 10 ml para testar balonete do tubo;
- Fio guia moldável;

- Xilocaína gel;
- Cadarço para fixação da cânula.

#### **4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Calçar luvas de procedimento;
- 4.3 Preparar material de aspiração;
- 4.4 Montar laringoscópio;
- 4.5 Testar balonete do tubo orotraqueal, sem contaminá-lo;
- 4.6 Conectar fio guia no tubo orotraqueal, conforme solicitação médica;
- 4.7 Lubrificar tubo com xylocaína gel;
- 4.8 Aspirar vias aéreas, se necessário;
- 4.9 Posicionar o paciente em decúbito dorsal, retirar prótese dentária e auxiliar o médico no posicionamento de modo a facilitar o procedimento (cabeça em extensão);
- 4.10 Entregar para o médico tubo e laringoscópio montado;
- 4.11 Aguardar que o médico realize o procedimento, auxiliando sempre que necessário;
- 4.12 Após a entubação, segurar o tubo para o médico retirar o fio guia;
- 4.13 Ventilar paciente com ambú, para o médico auscultar os pulmões;
- 4.14 Depois de confirmada a posição pelo médico, insuflar o cuff, cerca de 10 ml de ar;
- 4.15 Fixar tubo orotraqueal com cadarço;
- 4.16 Reunir todo o material e manter o ambiente organizado;
- 4.17 Deixar o paciente confortável;
- 4.18 Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.19 Anotar no prontuário.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico;
- Risco físico;
- Risco biológico.

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DIEPENBROCK, Nancy H. **Cuidados Intensivos.** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

#### 7. ANEXOS:

- A intubação orotraqueal é um procedimento realizado pelo médico, no qual instala-se uma cânula na traquéia através da cavidade oral, a fim de oferecer suporte ventilatório através de ventilação artificial.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Cuidados com o dreno de tórax		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 060	<b>EMISSÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem sobre cuidados a serem tomados com o paciente com dreno de tórax.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Não se aplica.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Verificar se o dreno está funcionando através da observação da oscilação e borbulhas;
- 4.2 Observar padrão respiratório;
- 4.3 Realizar curativo compressivo com soro fisiológico 1x ao dia no local da inserção;
- 4.18 Fixe o tubo com esparadrapo a parede torácica do cliente;
- 4.19 Clampear o dreno sempre que for mobilizar o paciente;
- 4.20 Trocar o selo de água 1x ao dia (500ml);
- 4.21 Manter o dreno imerso no selo da água;
- 4.22 Anotar aspecto e quantidade de drenagem e a quantidade do selo da água (500 ml).
- 4.23 Manter o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax;
- 4.24 Ensinar os cuidados do dreno ao paciente e familiar.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico;

- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

SOUZA S. R. ET AL. **Enfermagem Medico-Cirurgica**. 3 ed. Vol 1. rio de janeiro; 2004.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 061	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à troca de selo d'água do frasco na drenagem torácica, padronizando a troca do selo d'água e prevenindo infecções.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Frasco graduado;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica: 100ml para enxaguar o frasco e 500ml para o selo d'água;
- Etiqueta de validade.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.5 Clampear o dreno com a presilha própria;
- 4.6 Verificar a quantidade de solução no frasco;
- 4.7 Abrir a o frasco, sem tocar na haste;
- 4.8 Despejar a solução no frasco graduado para quantificar;
- 4.9 Enxaguar o frasco com 100ml de solução fisiológica;
- 4.10 Colocar 500ml de solução fisiológica no frasco;

- 4.11 Tampar o frasco sem contaminar a haste;
- 4.12 Desclampear a presilha;
- 4.13 Identificar com etiqueta de validade;
- 4.14 Reunir o material utilizado;
- 4.15 Encaminhar o material permanente ao expurgo;
- 4.16 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.17 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.18 Registrar no prontuário do paciente.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH J. **Manual de procedimentos de enfermagem**. São Paulo. Editora martinari 200.

SOUZA V.H.S. MOZAEHI N. **O hospital – manual do ambiente hospitalar**. 2 ed. Curitiba 2005.

#### 7. ANEXOS:

- Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário, no mínimo a cada 24 horas, e reutiliza-se o frasco para o mesmo paciente, desde que seja adotada técnica asséptica e se utilize solução estéril para refazer o selo d'água.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Auxílio na retirada do dreno de tórax		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 062	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à Retirada do dreno de tórax.

**2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Kit curativo;
- Luvas de procedimento;
- Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
- PVPI tópico ou clorexidina;
- Esparadrapo largo;
- Gaze estéril;
- Biombo.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2 Preparar o material;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o biombo;
- 4.5 Posicionar o paciente;
- 4.6 Preparar o curativo, colocando as gazes estéreis em um pedaço do esparadrapo;
- 4.7 Abrir o material;

- 4.8 Fazer a assepsia do local de inserção do dreno com clorexidina ou PVPI;
- 4.9 Retirar a sutura cortando o fio com a lâmina do bisturi;
- 4.10 Orientar o paciente a inspirar profundamente e prender a respiração durante a retirada do dreno;
- 4.11 Tracionar o dreno com movimento circular e coloque imediatamente o curativo oclusivo;
- 4.12 Manter o curativo oclusivo por 48hs;
- 4.13 Deixar o paciente em posição confortável;
- 4.14 Retirar o material utilizado;
- 4.15 Deixar o ambiente em ordem;
- 4.16 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.17 Realizar anotações no prontuário do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco ergonômico;
- Risco físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

LECH J. **Manual de procedimentos de enfermagem.** São Paulo. Editora martinari 2009.

**7. ANEXOS:**

- Deve-se manter o curativo oclusivo por 48hs para minimizar a possibilidade de entrada de ar através da parede torácica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aplicação de bolsa de gelo		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 063	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto a aplicação de frio.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bolsa de gelo;
- Recipiente com gelo picado;
- Toalha ou pano protetor para a bolsa.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.2 Lavar as mãos, conforme POP 001;
- 4.3 Organizar o material e levar até o leito do paciente;
- 4.4 Passar os pedaços de gelo na água para retirar as arestas e colocá-los na bolsa;
- 4.5 Verificar as condições de uso da bolsa;
- 4.6 Vedar bem a bolsa, evitando vazamento de água;
- 4.7 Envolver a bolsa com flanela ou pano, exceto quando colocada sobre local enfaixado ou protegido;
- 4.8 Colocar a bolsa sobre o local indicado deixá-la por alguns minutos e retirá-la, repetindo o processo por aproximadamente 20 minutos. Não deixar a bolsa sobre a pele por muito tempo para não causar queimaduras pelo frio da bolsa;
- 4.9 Esvaziar a bolsa após o tratamento, lavar, enxugar, encher de ar e guardar;

- 4.10 Lavar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.12 Anotar o cuidado no prontuário;

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco Físico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

**7. ANEXOS:**

- Sempre avaliar a pele do paciente durante o procedimento e trocar a posição da bolsa durante o procedimento;
- O procedimento está indicado em casos de edema, hematoma, contusões e torções, sangramento ativo, rompimento de ligamentos ou estiramento de músculos.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aplicação de compressa fria		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 064	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à aplicação de frio.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Compressas;
- Bacia com água gelada;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.2 Organizar o material e levar até o leito do paciente;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01 e calçar as luvas;
- 4.4 Proteger a cama com impermeável;
- 4.5 Colocar a compressa na água e torcer;
- 4.6 Colocar sobre o local indicado;
- 4.7 Colocar na água a outra compressa que irá substituir a que está no paciente;
- 4.8 Trocá-las a cada 3 minutos, durante 20 minutos;
- 4.9 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.10 Tirar as luvas;
- 4.11 Lavar as mãos;

4.12 Anotar o cuidado no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

**7. ANEXOS**

- Promove vasoconstrição, diminui hemorragias, congestão e a inflamação, baixar a temperatura corporal, aliviar a dor e reduzi edema.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aplicação de calor		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 065	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a realização de bolsa de água morna.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

**3.1 BOLSA DE ÁGUA QUENTE**

- 3.1.1 Bolsa de água quente
- 3.1.2 Jarra de água quente
- 3.1.3 Flanela ou pano protetor para a bolsa

**3.2 COMPRESSAS QUENTES**

- 3.2.1 Duas Compressas
- 3.2.2 Bacia com água quente
- 3.2.3 Luvas de procedimento
- 3.2.4 Impermeável

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

**4.1 Bolsa de água quente**

- 4.1.1 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.1.2 Lavar as mãos;
- 4.1.3 Verificar as condições de uso da bolsa;
- 4.1.4 Colocar água quente na bolsa na quantidade de  $\frac{3}{4}$  para pés, mãos e em local que haja suporte ósseo. Usar  $\frac{1}{3}$  para abdome e epigástrico;



- 4.1.5 Retirar o ar da bolsa, colocando-a sobre uma superfície plana, deixando a água chegar até o gargalo;
- 4.1.6 Vedar bem a bolsa, evitando vazamento;
- 4.1.7 Envolver a bolsa com pano ou toalha, impedimento o contato direto da mesma com a pele do paciente;
- 4.1.8 Aplicar no local indicado, deixar agir por alguns minutos e retire a bolsa, repetindo o processo várias vezes, por aproximadamente 20 minutos;
- 4.1.9 Esvaziar a bolsa após o tratamento, lavar, enxugar, encher de ar e guardar;
- 4.1.10 Lavar as mãos;
- 4.1.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.1.12 Anotar o cuidado no prontuário.

#### **4.2 Compressas quentes:**

- 4.2.1 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.2.2 Organizar o material e levar até o leito do paciente
- 4.2.3 Calçar as luvas;
- 4.2.4 Proteger a cama com impermeável;
- 4.2.5 Colocar a compressa na água e torcer;
- 4.2.6 Antes de colocar a compressa no local verificar a temperatura na face interna do antebraço;
- 4.2.7 Colocar a compressa no local indicado, deixar agir por alguns minutos e retire a compressa;
- 4.2.8 Preparar outra compressa para fazer a troca;
- 4.2.9 Repita o processo várias vezes, por aproximadamente 20 minutos;
- 4.2.10 Terminado o tratamento, usar uma toalha seca para secar o local evitando um choque térmico;
- 4.2.11 Deixar o ambiente em ordem e confortável para o paciente;
- 4.2.12 Tirar as luvas;
- 4.2.13 Lavar as mãos;
- 4.2.14 Anotar o cuidado no prontuário.

#### **5. FATORES DE RISCO:**

- Não se aplica.

**6. REFERÊNCIAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – Unicamp. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

**7. ANEXOS:**

- A temperatura da água deve ser morna.
- Pode-se utilizar a bolsa de água morna em casos de retenção urinária que promove relaxamento muscular e induz a micção espontânea.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Verificação da glicemia capilar - HGT		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 066	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir a equipe de enfermagem quanto ao procedimento de verificação de glicemia capilar (nível de glicose no sangue).

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Agulha de insulina ou lanceta;
- Aparelho de Glicemia com fita;
- Algodão embebido em álcool;
- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme nº01;
- 4.2 Instruir o paciente sobre o procedimento;
- 4.3 Preparar o material e levar ao quarto do paciente;
- 4.4 Calçar as luvas;
- 4.5 Posicionar o paciente sentado ou deitado em decúbito dorsal apoiando o braço, de modo a mantê-lo confortável;
- 4.6 Limpar e secar completamente o ponto de aplicação com algodão com álcool;
- 4.7 Ligar o aparelho e conectar a fita ao mesmo;
- 4.8 Segurar o dedo do paciente fazendo uma leve compressão na ponta do mesmo, e com um movimento leve e rápido furar o dedo com a agulha ou lanceta;

- 4.9 Manter a compressão para que uma gota de sangue se forme e preencha de forma adequada a fita no aparelho;
- 4.10 Remover a fita do aparelho e desprezar junto com o algodão no lixo contaminado;
- 4.11 Colocar o material em ordem e colocar o paciente em posição confortável;
- 4.12 Tirar as luvas e lavar as mãos;
- 4.13 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Manual do proprietário – Prestige IQ (Sistema de Monitoração de glicose no Sangue).

**7. ANEXOS:**

- Após realização do teste de glicemia, este deverá ser checado e anotado no prontuário do paciente, observando sempre se há esquema de reposição de insulina conforme o valor da glicemia.
- Fazer rodízio no teste de glicemia capilar;
- Sempre após o uso, passar um algodão embebido em álcool 70% para limpeza do aparelho.

**Valores de referência:**

- ▶ *Normal 70 a 99 mgd/L;*
- ▶ *Hiperglicemia: acima de 200 mgd/L;*
- ▶ *Hipoglicemia no adulto abaixo de 60 mgd/L;*
- ▶ *Hipoglicemia no recém-nascido abaixo de 40 mgd/L.*



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Utilização da Atadura		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 067	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à forma correta da utilização da atadura.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Atadura;
- Fita crepe.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Oriente o paciente sobre o cuidado;
- 4.2 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Organizar o material, e levá-lo ao quarto do paciente;
- 4.4 Colocar a atadura sobre o seguimento corporal, de modo que o rolo se abra para cima;
- 4.5 Aplicar no sentido horário, salvo se a pessoa for canhota;
- 4.6 Segurar a extremidade com a mão esquerda, enquanto a direita dá a volta;
- 4.7 Passar a atadura com as duas mãos que deve tracionar o rolo uniformemente;
- 4.8 Iniciar a envoltura fazendo a seguinte fixação: aplicar várias voltas circulares na parte cilíndrica, na primeira volta dobrar a pauta da atadura e atravessar obliquamente;
- 4.9 Desenrolar a atadura, à medida que for atingindo a superfície corporal;
- 4.10 Fixar a atadura com a fita crepe, esparadrapo ou então, cortando a extremidade da atadura ao meio, envolvendo o membro e amarrando as duas extremidades;

4.11 Para retirar a atadura passar a atadura de uma mão para outra enrolando-a, caso esteja muito aderente umedecer com SF 0,9% e quando muito sujas devem ser removidas com luvas de procedimento;

4.12 Lavar as mãos conforme POP nº01;

4.13 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 ed. v.1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Técnica de colocação de luva estéril		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 068	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a forma das equipes médicas e de enfermagem calçar luva estéril.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

**3. MATERIAIS:**

- Luvas estéreis.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Colocar o pacote sobre uma superfície lisa e abrir o pacote evitando contaminação;
- 4.3 Retirar a primeira luva, pegando-a pela dobra do punho, parte interna, levanta-lá, mantendo longe do corpo. Colocar a luva na mão, tocando apenas no punho;
- 4.4 Retirar a segunda luva, colocando os dedos da mão já enluvada sob o punho da segunda luva e coloque-a na mão;
- 4.5 Ajustar os dedos de ambas as mãos;
- 4.6 Para retirar as luvas, puxar a primeira luva pelo lado externo do punho e a segunda pelo lado interno.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**



ANVISA, Agência nacional de vigilância sanitária – higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília 2007.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Nebulização		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 069	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a administração de medicamentos por via respiratória, através de um aparelho chamado nebulizador.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Fonte de oxigênio, ar comprimido, ou aparelho próprio para nebulização;
- Conexão de borracha ou plástica;
- Bandeja;
- Kit de Inalação;
- Ampola de solução fisiológica a 0,9%;
- Medicamento prescrito;

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Oriente o paciente sobre o cuidado;
- 4.2 Organizar o material, colocando a solução fisiológica com o medicamento no nebulizador na dose correta;
- 4.3 Preparar o paciente para receber o tratamento: em posição de Fowler, ou sentado na cama, cadeira ou sofá;
- 4.4 Conectar o nebulizador à fonte de oxigênio, ar comprimido ou aparelho de nebulização;

- 4.5 Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição: geralmente 4 litros/minuto;
- 4.6 Instruir o paciente para inspirar profundamente a medicação e respirar lentamente, permanecendo com a boca semi aberta, sem conversar;
- 4.7 Manter a nebulização até consumir toda a solução medicamentosa;
- 4.8 Oferecer lenço de papel e orientar para escarrar, tossindo profundamente;
- 4.9 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.10 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.11 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Administração de medicamento via Nebulização/Inalação		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 070	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Umidificar a via aérea superior;
- Facilitar a drenagem do muco das vias respiratórias;
- Fluidificar as secreções brônquicas;
- Minimizar o processo inflamatório;

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Kit de inalação;
- Ampola de solução fisiológica a 0,9%;
- Medicamento prescrito;
- Torpedo de Oxigênio com fluxômetro ou inalador.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Organizar o material necessário em uma bandeja;
- 4.3 Colocar 3 a 5 ml de solução fisiológica 0,9% no reservatório do inalador;
- 4.4 Acrescentar a medicação, conforme prescrição médica;
- 4.5 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.6 Conectar o inalador ao extensor e ao fluxometro;

- 4.7 Ligar o fluxometro, com fluxo de 3 a 7l/min de oxigênio e verificar se há saída de névoa do inalador;
- 4.8 Orientar o paciente para respirar tranquilamente;
- 4.9 Ao término da inalação, recolher o material utilizado;
- 4.10 Deixar o paciente confortável;
- 4.11 Encaminhar o material permanente para o expurgo;
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Registrar o procedimento realizado.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

**7. ANEXOS:**

- Em pacientes com déficit motor, o profissional deverá segurar o inalador ao mesmo tempo em que observa possíveis efeitos indesejados.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Oxigenioterapia por cateter nasal tipo óculos		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 071	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a administração de oxigênio por cateter nasal tipo óculos;
- Melhorar a oxigenação e perfusão tecidual.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Umidificador;
- Água destilada;
- Fluxômetro
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Gaze.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Dispor de todo material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Montar o umidificador, colocando água destilada até o nível indicado e conectar o cateter;
- 4.5 Conectar o umidificador à rede de oxigênio, através de fluxômetro;

- 4.6 Calçar luvas de procedimento;
- 4.7 Limpar uma das narinas do paciente com gaze umedecida com soro fisiológico;
- 4.8 Introduzir o cateter tipo óculos nas narinas e ajusta-lo nas orelhas do paciente;
- 4.9 Abrir o fluxômetro, regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica;
- 4.10 Verificar se há borbulhamento no frasco do umidificador;
- 4.11 Observar o paciente;
- 4.12 Verificar os sinais vitais;
- 4.13 Colocar etiqueta no umidificador e no cateter com a data da instalação;
- 4.14 Deixar o paciente confortável;
- 4.15 Retirar o material do quarto;
- 4.16 Manter o ambiente organizado;
- 4.17 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.18 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.19 Realizar anotações no prontuário.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos biológicos.
- Riscos físicos.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

#### 7. ANEXOS

- Não se aplica.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Oxigenioterapia por máscara de Venturi		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 072	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Fornecer aporte de oxigênio para melhorar o padrão respiratório do paciente.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Kit de Máscara de Venturi;
- Água destilada;
- Cadarço;
- Material para verificar os sinais vitais;
- Fluxômetro.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Organizar o material necessário em uma bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o paciente em posição de Fowler;
- 4.5 Montar o sistema e conectar o nebulizador a rede de oxigênio, através do fluxômetro;
- 4.6 Colocar água destilada até o nível indicado no recipiente;
- 4.7 Abrir o fluxômetro, de acordo com a indicação do conector da máscara de Venturi, certificando-se de sua perviedade, e verifique o borbulhamento;

- 4.8 Colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e ajuste o cadarço para fixá-la;
- 4.9 Observar o paciente e verificar a pressão arterial, o pulso e a frequência respiratória;
- 4.10 Deixar o paciente confortável;
- 4.11 Manter o ambiente organizado;
- 4.12 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.13 Registrar no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos biológicos.
- Riscos físicos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, Nelson. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

## 7. ANEXOS:

- As máscaras de Venturi possibilitam que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer a concentração desejada de oxigênio. As máscaras precisam estar bem ajustadas a face, para que se obtenha o resultado desejado. O sistema deve ser trocado a cada 24hs.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sondagem nasogástrica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 073	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à forma correta da passagem da sonda nasogástrica (SNG).

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

**3. MATERIAIS:**

- Sonda gástrica de Levine, com calibre de acordo com a necessidade do paciente;
- Lubrificante: Xilocaína gel ou solução fisiológica (substâncias hidrossolúveis);
- Gazes;
- Seringa de 20ml;
- Toalha ou papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Estetoscópio;
- Copo com água;
- Esparadrapo ou micropore;
- Cuba-rim;
- Saco plástico para resíduos contaminados.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Oriente o paciente sobre o cuidado e o procedimento;
- 4.2 Lavar as mãos conforme POP nº01;

- 4.3 Organizar o material, e levá-lo ao quarto do paciente;
- 4.4 Auxiliar o paciente a sentar-se recostado ou conservá-lo em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para frente, com queixo o mais próximo do tórax;
- 4.5 Proteger o tórax do paciente com a toalha;
- 4.6 Calçar as luvas;
- 4.7 Medir a sonda a partir do lóbulo da orelha, passando pela asa do nariz em seguida até o apêndice xifóide e marcando com esparadrapo ou caneta permanente;
- 4.8 Lubrificar a sonda com xilocaína e introduzi-la por uma das narinas, sem forçar, pedindo ao paciente para deglutir a sonda e respirar pela boca, pode-se dar ao paciente um pouco de água para ajudar na deglutição. Introduzir a sonda até a marcação nela feita;
- 4.9 Comprovar a localização da sonda através: da aspiração pela seringa de 20 ml, para ver se há retorno de suco gástrico ou outros líquidos, pela ausculta feita na região epigástrica de ar injetado pela seringa de 20ml (não esquecer de retirar o ar) ou ainda pela presença de bolhas no copo com água, nesse caso a sonda está no pulmão;
- 4.10 Após todos os testes e confirmado a presença da sonda no estômago, fixar a sonda com esparadrapo de maneira que ela fique imóvel;
- 4.11 Manter a sonda aberta ou fechada, de acordo com a prescrição médica;
- 4.12 Manter a cabeceira do paciente elevada;
- 4.13 Deixar o local em ordem e o paciente confortável;
- 4.14 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.15 Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

**7. ANEXOS:**

- Procedimento privativo do enfermeiro;

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sonda Nasoenteral		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 074	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Obter via de acesso para medicação e nutrição enteral, melhorando o aporte nutricional de pacientes debilitados, através de dietas especiais.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Sonda nasoenteral (Duboff) com guia, de tamanho adequado às necessidades do paciente;
- Seringa de 20 ml;
- 1 pacote de gaze;
- Estetoscópio;
- Espadrado, fita hipoalergênica ou fita adesiva;
- Biombo;
- Copo com água;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Gazes;
- Toalha ou compressas.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Preparar o material necessário;
- 4.2 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;
- 4.4 Promover a privacidade, colocando biombo;
- 4.5 Calçar luvas de procedimento;
- 4.6 Colocar o paciente em posição Fowler e dispor uma toalha ou compressa sobre o tórax;
- 4.7 Verificar o uso de próteses dentárias e solicitar a retirada;
- 4.8 Observar a permeabilidade das narinas;
- 4.9 Medir a extremidade da sonda, desde o lóbulo da orelha, até a asa do nariz, descendo da asa do nariz, passando pelo apêndice xifoide até a cicatriz umbilical;
- 4.10 Marcar na medida com caneta permanente ou esparadrapo;
- 4.11 Lubrificar a parede externa da sonda com água ou lubrificante hidrossolúvel;
- 4.12 Solicitar ao paciente para fletir a cabeça, até encostar o queixo no tórax;
- 4.13 Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida, direcionando-a para trás e para baixo;
- 4.14 Solicitar ao paciente que faça o movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;
- 4.15 Observar sinal de cianose ou desconforto respiratório (neste caso retirar a sonda);
- 4.16 Solicitar ao paciente que faça o movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;
- 4.17 Observar sinal de cianose ou desconforto respiratório (neste caso retirar a sonda);
- 4.18 Conectar uma seringa de 20 ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento da sonda no estomago;
- 4.19 Colocar o estetoscópio no quadrante superior esquerdo do abdome e injetar 10 a 20ml de ar pela sonda, auscultar o ruído produzido para certificar o posicionamento;
- 4.20 Retirar o fio guia, sem tracionar a sonda;
- 4.21 Fixar a sonda com adesivo hipoalergênico;
- 4.22 Deixar o paciente confortável;
- 4.23 Recolher o material utilizado;
- 4.24 Encaminhar o material permanente ao expurgo;
- 4.25 Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool a 70%;
- 4.26 Retirar as luvas de procedimento, higienizar as mãos conforme POP nº01;



4.27 Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente;

4.28 Solicitar raio-x para confirmar a posição da sonda.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 10.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

FERNANDES, M. V. *et al.* **Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem**. Eduel, Londrina, 2002.

## 7. ANEXOS:

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Para terapia nutricional enteral de curto prazo, a sonda deve ficar em posição pré ou pós pilórica (gástrica, duodenal ou jejunal);
- A sonda nasoenteral por períodos prolongados pode levar a complicações tardias como migração da sonda (especialmente para o esôfago), aspiração pulmonar das soluções infundidas, lesão da mucosa do trato gastrointestinal pela ponta da sonda, infecções de vias aéreas e trato respiratório superior, estenose esofágica paralisia de cordas vocais.

### METODOS E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRICAÇÃO ENTERAL:

#### INTERMITENTE:

- **Gravitacional:** Volume de 100 a 300 ml administrado por gotejamento em equipo macrogotas a cada 3 a 4 horas, e seguida de irrigação da sonda com 20 a 30 ml de água.
- **Por bomba infusora:** para melhor precisão no volume prescrito.

#### ALIMENTAÇÃO CONTÍNUA:

- **Gravitacional:** ministrada em pequenos volumes durante 24 horas, com interrupção a cada 6 a 8 horas para irrigação da sonda, para evitar obstrução;

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sonda vesical de demora - feminina		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 075	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de cateterismo vesical em pacientes do sexo feminino, para controlar o volume urinário e possibilitar a eliminação de urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou em casos pré operatórios de cirurgias como histerectomia, ooforectomia.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

### 3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópico;
- Material de cateterismo vesical estéril;
- Gaze estéril;
- Seringa de 20 ou 10 ml;
- Agulha 40X12mm;
- Sonda Foley;
- Bolsa coletora de urina, sistema fechado;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Água destilada;

- Fita hipoalergênica.

#### **4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o biombo;
- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima do paciente com água e sabonete;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o clorexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis POP nº71;
- 4.15 Aspirar água destilada na seringa, volume conforme a indicação da sonda;
- 4.16 Conectar a sonda na bolsa coletora;
- 4.17 Fazer a antissepsia com Clorexidine tópico, do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo, desprezar a gaze;
- 4.18 Separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, utilizando uma gaze, expondo o vestíbulo da vagina; desprezar a gaze;
- 4.19 Fazer a antissepsia do meato uretral;
- 4.20 Lubrificar a sonda com anestésico ;
- 4.21 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.22 Encha o *cuff* da sonda vesical de demora com a seringa;
- 4.23 Prenda a sonda na face interna na coxa, com fita hipoalergênico;
- 4.24 Retirar as luvas estéreis;
- 4.25 Etiquetar o coletor com data, hora, nome e COREN do profissional;
- 4.26 Prenda o coletor de urina de sistema fechado na parte inferior do leito, abaixo do nível da bexiga do paciente;
- 4.27 Deixar o paciente confortável;

4.28 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;

4.29 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.30 Anotar o procedimento realizado.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Riscos físicos.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

#### 7. ANEXOS:

- Em pacientes com sonda vesical de demora, deve-se fazer higienização cuidadosa do meato urinário.
- Procedimento privativo do enfermeiro.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sonda vesical de alívio - feminina		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 076	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Maryellen D'Zarth	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Padronizar a passagem de sonda vesical de alívio na mulher para esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária ou para coletar material para exame.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

### 3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene (água e sabonete);
- Clorexidine tópica;
- Material de cateterismo estéril;
- Sonda uretral nº 8 ou 10;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Frasco para coleta de urina, ou frasco graduado.

### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº 01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o biombo;

- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima da paciente com água e sabão;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar a clorexidine tópica na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis;
- 4.15 Fazer a antisepsia com clorexidine tópica, do meato urinário com movimento para baixo em direção ao períneo, desprezar a gaze;
- 4.16 Separar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, utilizando uma gaze, expondo o vestibulo da vagina; desprezar a gaze;
- 4.17 Fazer a antisepsia do meato uretral;
- 4.18 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.19 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.20 Colocar a extremidade distal da sonda uretral dentro da cuba-rim esterilizada;
- 4.21 Colocar o coletor estéril de urina dentro da cuba rim, coletando amostra para exame (se necessário);
- 4.22 Retirar a sonda delicadamente ao término do fluxo urinário;
- 4.23 Desprezar a urina no vaso sanitário;
- 4.24 Retirar as luvas estéreis;
- 4.25 Deixar o paciente confortável;
- 4.26 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.27 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.28 Anotar o procedimento realizado.

## **5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.
- Risco físico.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

#### 7. ANEXOS:

- O anestésico para lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.
- Procedimento privativo do enfermeiro.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sonda vesical de demora masculina		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 077	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Padronizar a realização de cateterismo vesical em pacientes do sexo masculino, para controlar o volume urinário e possibilitar a eliminação de urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução em pós-operatório de cirurgias urológicas.

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

#### 3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópico;
- Material de cateterismo vesical estéril;
- Seringa de 20 ou 10 ml;
- Agulha 40X12mm;
- Sonda Foley;
- Bolsa coletora de urina, sistema fechado;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Água destilada;
- Fita hipoalergênica.

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o biombo;
- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima do paciente com água e sabonete;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o clorexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis POP nº71;
- 4.15 Aspirar água destilada na seringa, volume conforme a indicação da sonda;
- 4.16 Conectar a sonda na bolsa coletora;
- 4.17 Fazer a antissepsia com Clorexidine tópico, do meato urinário com movimento para baixo em direção aos testículos, desprezar a gaze;
- 4.18 Abaixar a membrana do prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o meato urinário;
- 4.19 Fazer a antissepsia do meato uretral;
- 4.20 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.21 Introduzir a sonda no meato uretral até o retorno de urina;
- 4.22 Encha o *cuff* da sonda vesical de demora com a seringa;
- 4.23 Retornar a membrana do prepúcio para a posição anatômica;
- 4.24 Prenda a sonda na face interna na coxa, com fita hipoalergênico;
- 4.25 Retirar as luvas estéreis;
- 4.26 Etiquetar o coletor com data, hora, nome e COREN do profissional;
- 4.27 Prenda o coletor de urina de sistema fechado na parte inferior do leito, abaixo do nível da bexiga do paciente;
- 4.28 Deixar o paciente confortável;
- 4.29 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.30 Higienizar as mãos conforme POP nº01;

4.31 Anotar o procedimento realizado.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS:**

- MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

**7. ANEXOS**

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Em pacientes com sonda vesical de demora, deve-se fazer higienização cuidadosa do meato urinário. Em pacientes acamados, a cada troca.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Sonda vesical de alívio masculina		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 078	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Padronizar a passagem de sonda vesical de alívio no homem para esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária, para coletar material para exame e instilação de medicamentos.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

### 3. MATERIAIS:

- Bandeja;
- Biombo;
- Material para higiene íntima com água e sabonete;
- Clorexidine tópica;
- Material de cateterismo estéril;
- Sonda uretral nº 8 ou 10;
- Luva estéril;
- Lubrificante anestésico;
- Frasco graduado.

### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material na bandeja;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Colocar o biombo;

- 4.5 Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.7 Fazer a higiene íntima da paciente com água e sabão;
- 4.8 Retirar as luvas de procedimento;
- 4.9 Higienizar as mãos POP nº01;
- 4.10 Abrir o material de cateterismo sobre o leito entre as pernas do paciente;
- 4.11 Abrir o material descartável, com técnica estéril, sobre o campo;
- 4.12 Colocar o cloexidine tópico na cuba redonda;
- 4.13 Colocar lubrificante anestésico na cuba rim;
- 4.14 Calçar luvas estéreis;
- 4.15 Fazer a antisepsia com clorexidine tópico no meato urinário com movimento para baixo em direção aos testículos;
- 4.16 Trocar a gaze;
- 4.17 Abaixar a membrana do prepúcio com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o meato urinário;
- 4.18 Fazer a antisepsia do meato uretral;
- 4.19 Lubrificar a sonda com anestésico;
- 4.20 Introduzir a sonda no meato uretral;
- 4.21 Colocar a extremidade distal da sonda uretral dentro da cuba-rim esterilizada;
- 4.22 Colocar o coletor estéril de urina dentro da cuba rim, coletando amostra para exame (se necessário);
- 4.23 Retirar a sonda delicadamente ao término do fluxo urinário;
- 4.24 Desprezar a urina no vaso sanitário;
- 4.25 Retirar as luvas estéreis;
- 4.26 Deixar o paciente confortável;
- 4.27 Recolher o material do quarto e desprezá-lo no expurgo;
- 4.28 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.29 Anotar o procedimento realizado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS:

- MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

- CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

## 7. ANEXOS

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical de alívio em homens são as de nº8 ou 10. Em alguns casos de retenção urinária, pode-se colocar bolsa de água quente na região supra púbica, para estimular a drenagem da urina;
- O anestésico para lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Retirada de sonda vesical de demora		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 079	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> . Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Orientar a equipe de enfermagem quanto à retirada da sonda vesical de demora.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros (procedimento) e técnicos de enfermagem (reunir os materiais e auxiliar o enfermeiro durante o procedimento).

**3. MATERIAIS:**

- Seringa de 20 ml;
- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Calçar luvas de procedimento;
- 4.3 Esvaziar a bolsa coletora;
- 4.4 Desinsuflar o balonete com a seringa;
- 4.5 Retirar a sonda;
- 4.6 Desprezar a bolsa coletora e a sonda;
- 4.7 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.8 Anotar no prontuário.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS:**

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

**7. ANEXOS:**

- Procedimento privativo do enfermeiro;
- Após a retirada da sonda, recomenda-se observar e anotar o horário, o volume e o aspecto da primeira micção espontânea.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:

---

Nome:

---

Cargo:

---



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Lavagem intestinal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 080	<b>EMIÇÃO EM:</b> 01/02/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a realização de lavagem intestinal, estimulando o peristaltismo, facilitando a eliminação fecal e promovendo o esvaziamento intestinal para a realização de exames e cirurgias.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Bandeja;
- Sonda retal;
- Impermeável;
- Equipo macrogotas;
- Suporte de soro;
- Cuba rim;
- Comadre;
- Lubrificante;
- Biombo;
- Solução prescrita;
- Papel higiênico ou material para higiene;
- Gazes;
- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Verificar a indicação do tratamento e a solução prescrita;
- 4.2 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Aquecer o frasco em banho Maria a uma temperatura de 37º, ou no microondas;
- 4.4 Preparar o material na bandeja;
- 4.5 Abrir o pacote do irrigador;
- 4.6 Conectar o equipo de soro ao frasco com a solução;
- 4.7 Retirar o ar da extensão do equipo;
- 4.8 Orientar o paciente sobre o procedimento;
- 4.9 Manter o ambiente privativo;
- 4.10 Proteger a cama com permeável;
- 4.11 Solicitar ao paciente que comunique qualquer intercorrência como mal estar, dor ou dispnéia;
- 4.12 Solicitar ao paciente que retenha a solução o máximo de tempo possível;
- 4.13 Colocar o paciente em posição de SIM'S (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa e sem travesseiro, conforme POP nº127;
- 4.14 Dispor o irrigador no suporte de soro cerca de 50 cm acima do nível da cama;
- 4.15 Conectar a sonda retal ao equipo;
- 4.16 Lubrificar a extremidade até 8 cm da ponta com gaze embebida em lubrificante;
- 4.17 Manter o circuito fechado;
- 4.18 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.19 Afastar os glúteos com uma das mãos protegida com gaze;
- 4.20 Introduzir a sonda no reto suavemente cerca de 8 cm;
- 4.21 Não forçar a entrada da sonda se encontrar resistência;
- 4.22 Abrir o equipo;
- 4.23 Deixar a solução correr lentamente;
- 4.24 Observar as reações do cliente;
- 4.25 Fechar o equipo antes de terminar o líquido para evitar a entrada de ar;
- 4.26 Retirar a sonda lentamente;
- 4.27 Desprezar a sonda;
- 4.28 Caso o paciente não esteja utilizando fraldas, oferecer a comadre ou acompanhar o paciente ao banheiro;
- 4.29 Observar a quantidade e o aspecto da eliminação;
- 4.30 Auxiliar o cliente na higiene;

- 4.31 Promover conforto ao cliente;
- 4.32 Recolher o material e encaminhar o para o expurgo;
- 4.33 Retirar as luvas;
- 4.34 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.35 Anotar o procedimento, o aspecto, a quantidade da eliminação e intercorrências.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Risco físico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

## 7. ANEXOS

- Observar o volume da solução infundida (750 a 1500 ml) e a temperatura (37°C);
- Devido ausência de banheiro no quarto de observação no Pronto Socorro, encaminhar o paciente para ala de internamento, preferencialmente em quarto privativo, realizar o procedimento e comunicar o médico sobre a eficácia ou não, aguardar sua conduta com o paciente.
- Observar as características das eliminações, presença de sangue e secreções, cor, consistência, odor e quantidade;
- Quando houver resistência à passagem da sonda, ou o paciente sentir dor, interrompa o procedimento e comunique o médico.
- A introdução de pequena quantidade de líquidos é chamada clister (até 150ml). Acima desta quantidade, é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal.
- Sempre que o paciente tiver condições, ele deverá realizar o procedimento, sob orientação do profissional da enfermagem.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Eletrocardiograma		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 081	<b>EMIÇÃO EM:</b> 01/02/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Eliane R. da S. Ferreira	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar a técnica de realização do eletrocardiograma.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Aparelho de eletrocardiograma;
- Gel condutor ou algodão com álcool 70%;
- Folha específica de ECG;
- Eletrodos.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Ligar o aparelho de ECG em voltagem pré-determinada;
- 4.2 Lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente;
- 4.4 Retirar as vestes e objetos metálicos do paciente (relógio, correntes, aliança, cinto);
- 4.5 Deitar o paciente em decúbito dorsal;
- 4.6 Passar gel condutor no cardioclip (braçadeiras);
- 4.7 Conectar as braçadeiras seguindo as seguintes orientações;
- 4.8 Por convenção, o eletrodo do punho direito recebe o nome de R (cor vermelha right); O punho esquerdo de L (amarelo left); O do tornozelo esquerdo de F (verde foot); O eletrodo do tornozelo direito (preto) é ligado ao fio terra;

#### 4.9 Delimitar as derivações pré-cordiais da seguinte forma:

- 4.9.1 Quarto espaço intercostal, á direita do esterno (V1);
- 4.9.2 Quarto espaço intercostal, à esquerda do esterno (V2);
- 4.9.3 O meio caminho entre os pontos V2 e V4 (V3);
- 4.9.4 Quinto espaço intercostal esquerdo, na linha clavicular média (V4);
- 4.9.5 Quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior (V5);
- 4.9.6 Quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média (V6);
- 4.10 Iniciar o eletrocardiograma;
- 4.11 Anotar no livro todos os dados do paciente;

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.
- Risco físico.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

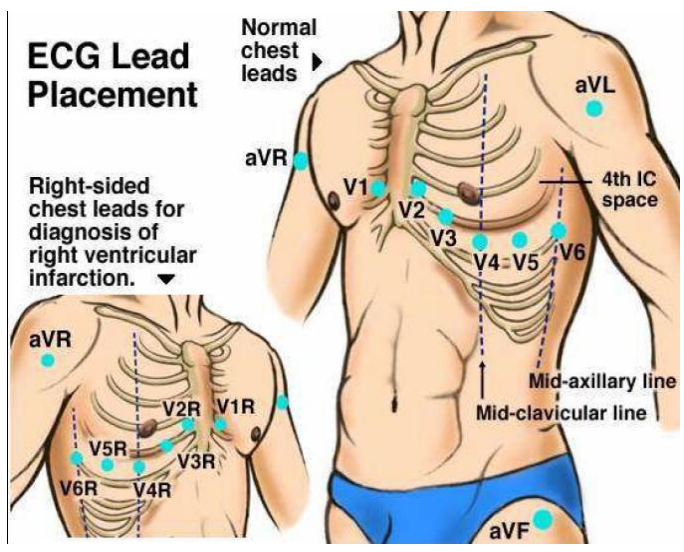
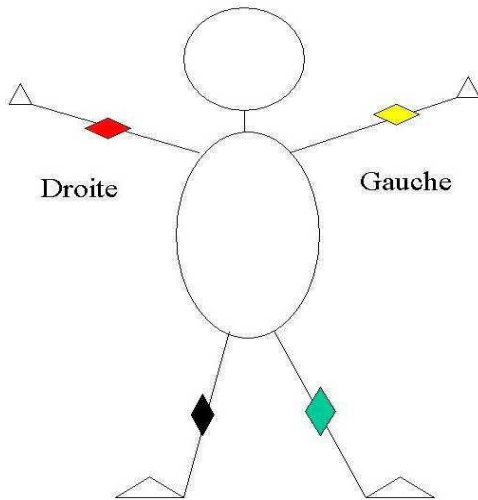
- CINTRA, Eliane de Araújo. NISHIDE, Vera Médice. NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao paciente crítico**. Atheneu: São Paulo, 2000.
- HUDAK, Carolyn M. GALLO, Bárbara M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem, uma abordagem Holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2007.
- KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave** 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.

#### 7. ANEXOS

- O eletrocardiograma é a representação gráfica sobre um papel da atividade elétrica do coração; É utilizado para diagnóstico, documentação e tratamento dos pacientes graves;
- A análise do traçado permite a identificação de alterações como arritmias, isquemias e distúrbios eletrolíticos graves;
- Normalmente são colocados cinco eletrodos à superfície corporal: um em cada punho, um em cada tornozelo e um móvel que pode ser colocado na superfície torácica sucessivamente em seis posições diferentes.
- Por convenção, o eletrodo do punho direito recebe o nome de R (cor vermelha right), o punho esquerdo de L (amarelo left) e o do tornozelo esquerdo de F (verde foot). O eletrodo do tornozelo direito (preto) é ligado ao fio terra.

- Após a conexão dos cabos e delimitação das derivações torácicas, iniciar o registro do ECG.
- Após o registro do ECG, identificar com nome, data, hora e técnico que realizou o ECG;

**DERIVATIONS PERIPHERIQUES**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:  
\_\_\_\_\_  
Cargo:  
\_\_\_\_\_

Nome:  
\_\_\_\_\_  
Cargo:  
\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Desinfecção de equipamentos		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 082	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Manter a limpeza e higiene dos equipamentos e eliminar possíveis sujidades e focos de colonização de microorganismos;
- Prevenir a contaminação cruzada.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiro e Técnico em enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Luvas de procedimento;
- Surfic a 0,5%;
- Compressa de limpeza;

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- Utilizar luvas e óculos de proteção;
- Realizar fricção com Surfic a 0,5% por 30 segundos;
- Realizar a limpeza em um sentido único;
- Realizar a desinfecção a cada 7 dias no setor inteiro, conforme escala que esta anexada no mural em cada setor;
- Mantenha sempre limpa e organizada suas bancadas e mesas.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico;



- Risco físico.

#### 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MOZACHI. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**, 1.ed. Curitiba, 2005.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

#### 7. ANEXOS:

- O esfigmomanômetro deve sofrer limpeza sempre que apresentar sujeira visível ou desinfecção após contaminação com matéria orgânica e após o uso em pacientes em isolamentos.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Assistência de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) adulto		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 083	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Padronizar as informações transmitidas e cuidados prestados pela enfermagem aos pacientes na Reanimação Cardiopulmonar (RCP);

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Médicos, enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

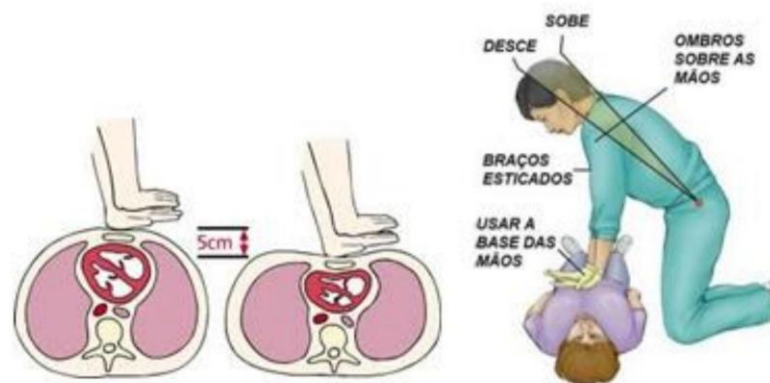
- Dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio (Ambú);
- Monitor cardíaco com desfibrilador, que deve permanecer com 5 eletrodos;
- Carrinho de emergência;
- Material de punção;
- Material para aspiração;
- Material de intubação;
- Oxigênio;
- Tábua rígida;
- EPI's: luvas de procedimento, óculos, avental, luvas estéreis;

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Reconhecer a Parada Cardiorrespiratória - PCR (inconsciência, ausência de pulso carotídeo, apnéia ou respiração agônica;
- 4.2 Paramentar-se conforme a necessidade, todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) com EPI's;

- 4.3 Iniciar a reanimação utilizando um mnemônico “CABD primário”: “C” corresponde a Checar responsividade (chame o paciente pelo nome), avalie a respiração da vítima e o pulso simultaneamente; Chame por ajuda de forma clara e objetiva; Compressões (30 compressões); “A”: Abertura das vias aéreas; “B”: Boa ventilação (2 ventilações); “D”: Desfibrilação.
- 4.4 Compressão torácica: colocar as mãos sobre a metade inferior do esterno, sem flexionar os cotovelos, aprofundando de 5 a 6 cm, permitindo o retorno da caixa torácica e mínimas interrupções, em uma frequência de 100 a 120 compressões/minuto; Colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível.

**Figura 1** – Compressão torácica na Parada Cardiorrespiratória.



**Fonte:** AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016.

- 4.5 Primeiro profissional: iniciar as compressões (figura 1);
- 4.6 Segundo profissional: iniciar a ventilação positiva utilizando o dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio;
- 4.7 Terceiro profissional: aproximar o carrinho de emergência ao paciente;
- 4.8 Checar responsividade, verificar pulso em até 10 segundos, iniciar compressões, abrir via aérea (com a manobra de inclinação da cabeça e com a manobra de elevação do ângulo da mandíbula para casos suspeitos de trauma) (figura 2);
- 4.9 Para pacientes sem via aérea avançada realizar 30 compressões para 2 ventilações sincronizadas; para os que tem via aérea avançada, ventilar de forma contínua, na proporção de 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações por ventilações por minuto); Verificar a abertura da via aérea antes de cada ventilação;

**Figura 2** - Ventilação na Parada Cardiorrespiratória.

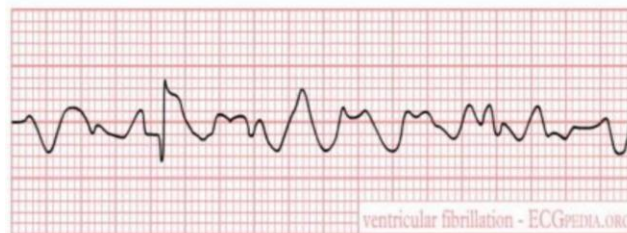


**Fonte:** AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016.

4.10 O quarto profissional irá fazer a monitorização do paciente e checar o ritmo. Observando as seguintes situações:

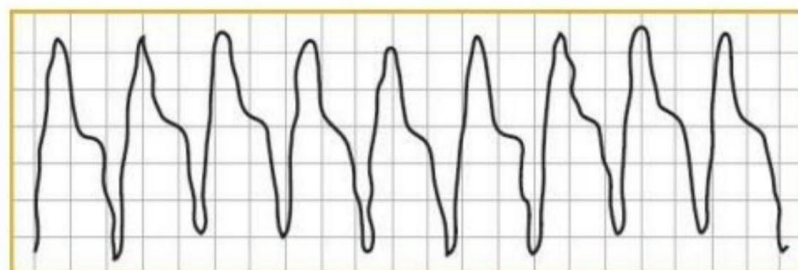
4.10.1 **Ritmo CHOCÁVEL:** Fibrilação Ventricular (FV) (Figura 3) e Taquicardia Ventricular (TV) (Figura 4) - colocar gel nas pás e carregue o desfibrilador manual conforme solicitação médica para que ele possa realizar o choque:

**Figura 3** - Fibrilação Ventricular



**Fonte:** AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016.

**Figura 4** – Taquicardia Ventricular sem pulso



**Fonte:** AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016.

4.10.2 **Ritmo NÃO CHOCÁVEL:** assistolia/ atividade elétrica sem pulso (AESP);

**Figura 5** – Posicionamento das pás do Desfibrilador manual ou Desfibrilador Externo Automático.



**Fonte:** AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016.

- 4.11 Realizar rodízio entre o primeiro e o segundo profissional em relação às compressões e ventilações a cada 2 minutos;
- 4.12 Observar a permeabilidade do acesso venoso periférico e administrar as medicações ficam na responsabilidade do terceiro profissional conforme solicitação médica.  
Manter as seringas com as medicações identificadas;
- 4.13 Cronometrar o intervalo de administração das drogas (adrenalina) a cada 3 minutos e avisar ao médico;
- 4.14 Manter manobras de RCP, enquanto houver indicação médica, avaliando a cada 2 minutos o ritmo e o pulso carotídeo ou femoral;
- 4.15 Atentar para preparação de material de intubação orotraqueal;
- 4.16 Realizar cuidados pós-RCP:**
  - 4.16.1 Suporte de oxigênio quando não houver saturação de oxigênio igual ou superior a 94%;
  - 4.16.2 Oferecer oxigênio suplementar aos pacientes com sinais clínicos de desconforto ou rebaixamento do nível de consciência e ponderar via aérea segura;

4.16.3 Nos pacientes com instabilidade, há indicação para uso de drogas vasoativas.

4.17 Desprezar o material utilizado em local apropriado;

4.18 Retirar os EPI's;

4.19 Realizar anotações no prontuário eletrônico.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco de biológico;
- Risco ergonômico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destques das atualizações direcionadas de 2019 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência**, 2019. Disponível em: [https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates\\_Highlights\\_PTBR.pdf](https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf). Acesso em 20/11/2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663.

## 7. ANEXOS:

- Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;
- Manter durante os primeiros minutos da RCP, compressões torácicas sem interrupção para prover troca gasosa adequada, assim, a inserção da via aérea avançada não deve retardar e nem prejudicar as compressões torácicas ou a desfibrilação;
- Desconectar as fontes de oxigênio durante a desfibrilação;

- Aplicar o primeiro choque no tempo ideal que compreende os primeiros 3 a 5 minutos da PCR;
- Não se devem pausar as compressões para aplicar as ventilações, no caso de via aérea avançada instalada;
- Interromper a RCP por menos de 10 segundos, apenas para IOT e checagem do posicionamento do dispositivo, e não para a laringoscopia;
- Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP testados, em boas condições de uso e em número adequado;
- Providenciar a troca dos equipamentos e/ou materiais em casos de falhas.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Assistência de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) Pediátrica		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 084	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Flávia M. F. Magalhães	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

#### 1. OBJETIVO:

- Padronizar as informações transmitidas e cuidados prestados pela enfermagem aos pacientes na Reanimação Cardiopulmonar (RCP);

#### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Médicos, enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem.

#### 3. MATERIAIS:

- Dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio (Ambú) tamanho pediátrico;
- Monitor cardíaco com desfibrilador, que deve permanecer com 5 eletrodos;
- Carrinho de emergência;
- Material de punção;
- Material para aspiração;
- Material de intubação;
- Oxigênio;
- Tábua rígida;
- EPI's: luvas de procedimento, óculos, avental, luvas estéreis;

#### 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

##### 4.1 Reconhecer a Parada Cardiorrespiratória – PCR:

- Verificar se a criança responde à estímulos (inconsciência);
- Ausência de respiração ou apenas gasping (respiração anormal);



- Ausência de pulso em 10 segundos, locais de verificação: braquial, femoral ou carotídeo, (Figura 1 e 2);
  - Verificar respiração e pulso simultaneamente em menos de 10 segundos.
- 4.2 Se estiver sozinho, chame por ajuda e inicie imediatamente a massagem cardíaca;
- 4.3 Massagem cardíaca:
- Em crianças menores de 1 ano de idade utilizar 2 dedos (Figura 3) ou os 2 polegares logo abaixo da linha mamilar (Figura 4);
  - Em crianças maiores de 1 ano e até a puberdade utilizar 1 mão (Figura 5).
- 4.4A profundidade das compressões deve ser de 1/3 do tórax (4 ou 5cm); O tórax deve retornar totalmente após cada compressão.
- 4.5 Iniciar a ventilação positiva utilizando o dispositivo bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio;
- 4.6 Se o paciente estiver SEM via aérea avançada: utilizar a relação de 15:2, quinze compressões e 2 ventilações.
- 4.7 Se o paciente já estiver COM via aérea avançada: realizar compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120/min, e administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min), sem pausar as compressões para administrar a ventilação.
- 4.8 É fundamental que a máscara esteja no tamanho adequado para o paciente, cobrindo da ponte nasal à fenda do queixo.
- 4.9 Deve-se posicionar corretamente a cabeça da criança fazendo uma extensão do pescoço, posicionar a máscara adequadamente no rosto do paciente para que não fique frouxa e assim ventilar o paciente de maneira eficiente, sempre observando a expansão do tórax.
- 4.10 Conecte o monitor, desfibrilador ou DEA;
- 4.11 Aproximar o carrinho de emergência ao paciente;
- 4.12 Colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível.
- 4.13 Puncionar acesso venoso calibroso e medicar conforme a prescrição médica.
- 4.14 Manter as seringas com as medicações identificadas;
- 4.15 Limite às interrupções das compressões torácicas a menos de 10 segundos.
- 4.16 Realizar rodízio entre os profissionais em relação às compressões e ventilações a cada 2 minutos;
- 4.17 Cronometrar o intervalo de administração das drogas (adrenalina) a cada 3 minutos e avisar ao médico;



Figura 1: local de verificação de pulso em menores de 1 ano.

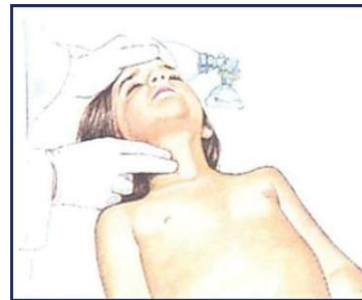


Figura 2: local de verificação de pulso em maiores de 1 ano.



Figura 3: técnica 2 dedos.



Figura 4: técnica polegares



Figura 5: técnica com uma mão.

4.18 Manter manobras de RCP, enquanto houver indicação médica, avaliando a cada 2 minutos o ritmo e o pulso carotídeo ou femoral;

4.19 Atentar para preparação de material de intubação orotraqueal;

**4.20 Realizar cuidados pós-RCP:**

4.20.1 Suporte de oxigênio quando não houver saturação de oxigênio igual ou superior a 94%;

4.20.2 Oferecer oxigênio suplementar aos pacientes com sinais clínicos de desconforto ou rebaixamento do nível de consciência e ponderar via aérea segura;

4.20.3 Nos pacientes com instabilidade, há indicação para uso de drogas vasoativas.

4.21 Desprezar o material utilizado em local apropriado;

4.22 Retirar os EPI's;

4.23 Realizar anotações no prontuário eletrônico.

**5 FATORES DE RISCO:**

- Risco de biológico;
- Risco ergonômico.

**6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de Enfermagem**. 23 ed. Curitiba: Editora Século XXI, 2005.

PALS. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria**. Manual do Profissional PALS da American Heart Association e American Academy of Pediatrics. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663.

**7 ANEXOS:**

- Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;

- Desconectar as fontes de oxigênio durante a desfibrilação;
- Interromper a RCP por menos de 10 segundos, apenas para IOT e checagem do posicionamento do dispositivo, e não para a laringoscopia;
- Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP testados, em boas condições de uso e em número adequado;
- Providenciar a troca dos equipamentos e/ou materiais em casos de falhas.

## 8 CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9 Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Nome:

---

Cargo:

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Curativo em ferida Operatória		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 085	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Bruna M. J. Ulrich	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Promover condições adequadas para a reparação tecidual, sem complicações.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Mesa de apoio com rodinhas;
- Bandeja;
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico;
- Agulha 40x12;
- Micropore;
- Saco plástico.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir os materiais na bandeja e leva-los até o leito na mesa de apoio com rodinhas;
- 4.3 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.4 Promover privacidade do paciente com o uso de biombo e fechando a porta do quarto;
- 4.5 Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida;
- 4.6 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;

- 4.7 Abra todos os materiais necessários e coloque no campo estéril;
- 4.8 Calce as luvas de procedimento;
- 4.9 Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
- 4.10 Descartar curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico. Descartar luva de procedimento utilizada na remoção do curativo;
- 4.11 Abrir kit curativo e calçar luva de procedimento, se não for utilizar kit abrir pacote de gaze e calçar luva estéril conforme POP nº 72;
- 4.12 Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica e posteriormente limpe a ferida operatória, alternando as faces da gaze enquanto sefaz a limpeza. Após o uso de cada face da gaze, deve descarta-la e utilizar uma nova;
- 4.13 Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
- 4.14 Coloque as gazes sobre a ferida;
- 4.15 Fixe o curativo com micropore;
- 4.16 Higienize as mãos conforme POP nº01;
- 4.17 Realizar identificação do curativo, anotar data, hora, e profissional que realizou;
- 4.18 Deixar o paciente confortável, removendo todo o material e encaminhando-os ao expurgo;
- 4.19 Realizar desinfecção do carrinho de curativo com Surfic 0,5%.
- 4.11 Retirar as luvas, lavar as mãos conforme POP nº01;
- 4.12 Fazer as anotações no prontuário, relatando o aspecto da ferida.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.
- SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.
- Sociedade Brasileira de infectologia (SIB). **Recomendações para Prevenção de Infecções**. Associação Medica Brasileira de Medicina, 2001
- SCEMONS, D. ELSTON, D. **Cuidados em feridas**. Porto Alegre: AMGH Editora Lta 2011.

## 7. ANEXOS:

- É recomendado que o primeiro curativo (PO-cirurgia limpa) permaneça por 24 horas, se não houver nenhuma contraindicação, como: presença de dreno, exsudato excessivo e saída acidental do curativo feito no centro cirúrgico;
- Deve-se proteger o curativo durante o banho com plástico Impermeável, para não molhá-lo.
- A ferida operatória deve ser avaliada diariamente quanto à necessidade de oclusão, não sendo necessário ocluir quando as margens da ferida estão unidas e sem saída de exsudato.
- Deve-se observar e registrar a presença de sinais flogísticos, tais como calor, hiperemia, dor, edema, isquemia e presença de secreção.
- O curativo no dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da ferida operatória, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade. Se necessário, colocar bolsa coletora.
- O profissional que realizará o curativo deve ser definido entre a equipe médica ou enfermeiro, considerando a complexidade da ferida, sendo que se for feito por profissional do nível técnico, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro.
- A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme prescrição do enfermeiro ou médico.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Curativo em ferida aberta		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 086	<b>EMIÇÃO EM:</b> 20/03/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Bruna M. J. Ulrich	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Promover condições adequadas para a reparação tecidual, sem complicações.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Mesa de apoio com rodinhas;
- Bandeja;
- Kit de curativo ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Soro fisiológico;
- Agulha 40x12;
- Micropore;
- Saco plástico.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Lavar as mãos conforme o POP nº01;
- 4.2 Reunir os materiais na bandeja e leva-los até o leito na mesa de apoio com rodinhas;
- 4.3 Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- 4.4 Promover privacidade do paciente com o uso de biombo e fechando a porta do quarto;
- 4.5 Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida;
- 4.6 Higienizar as mãos conforme o POP nº01;

- 4.7 Abra todos os materiais necessários e coloque no campo estéril;
- 4.8 Calce as luvas de procedimento;
- 4.9 Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
- 4.10 Descartar curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico. Descartar luva de procedimento utilizada na remoção do curativo;
- 4.11 Abrir kit curativo e calçar luva de procedimento, se não for utilizar kit abrir pacote de gaze e calçar luva estéril conforme POP nº 72;
- 4.12 Limpe a ferida de acordo com a avaliação:
  - Se presença de tecido de granulação:
    - Irrigue a lesão com solução fisiológica morna, em toda sua extensão
  - Se presença de tecido desvitalizado:
    - Irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida de solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.
  - Se presença de infecção:
    - Irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril e embebida em solução fisiológica (e antisséptico se houver indicação). Posteriormente remover todo o anti-séptico em solução fisiológica.
- 4.13 Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
- 4.14 Coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão. Após coloque gaze estéril sobre a lesão (se lesão exsudativa, colocar chumaço acima da gaze);
- 4.15 Fixe o curativo com micropore ou enfaixe com atadura crepe,
- 4.16 Retirar os EPis utilizados e higienize as mãos conforme POP nº01:
- 4.17 Realizar identificação do curativo, anotar data, hora, e profissional que realizou,
- 4.18 Deixar o paciente confortável;
- 4.19 Recolha o material do quarto, mantendo o mesmo organizado;
- 4.20 Encaminhe o material para o expurgo, realizando o descarte e acondicionamento do material necessário.
- 4.21 Realizar desinfecção do carrinho de curativo com Surfic 0,5%;
- 4.22 Realize a evolução do procedimento realizado, descrevendo detalhadamente o aspecto da pele ao redor e o leito da ferida (coloração, exsudato, etc);

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;

- Risco físico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LECH, J. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. São Paulo: Editora Martinari, 2006.

SOUZA, V. H. S.; MOZAECHI, N. O hospital – **Manual do Ambiente Hospitalar**. 2 ed. Curitiba: Editora Manual Real Ltda, 2005.

Sociedade Brasileira de infectologia (SIB). **Recomendações para Prevenção de Infecções**. Associação Medica Brasileira de Medicina, 2001

SCEMONS, D. ELSTON, D. **Cuidados em feridas**. Porto Alegre: AMGH Editora Lta 2011.

## 7. ANEXOS:

- O profissional que realizará o curativo deve ser definido entre a equipe médica ou enfermeiro, considerando a complexidade da ferida, sendo que se for feito por profissional do nível técnico, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro.
- A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme prescrição do enfermeiro ou médico.
- Deve-se realizar avaliação periódica da ferida para acompanhamento de sua evolução;
- Em pacientes com insuficiência arterial, não é recomendado o meio úmido e desbridamento em feridas, exceto se houver orientação médica;
- Não utilizar a lixeira do paciente para desprezar o material de curativo;
- Observar, comunicar e anotar se alteração na lesão, edema, hiperemia, isquemia, dor.

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

## 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Nome:

---


Cargo:

---

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVIA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Materiais para sutura		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº:</b> 87	<b>EMIÇÃO EM:</b> 01/02/2011	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enfª. Ana Paula Fernandes	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Ana L. K. Martins	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Instruir funcionários do Hospital Municipal Carolina Lupion para preparação dos materiais para sutura.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeira e técnico de enfermagem preparam os materiais e auxiliam o médico.

**3. MATERIAIS:**

- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Soro fisiológico;
- Degermante;
- Lidocaína sem vasoconstritor;
- Seringa 5 ou 10ml ;
- Agulhas 40x12 e 25x7;
- Cuba rim;
- Material para sutura estéril;
- Fio de sutura;
- Se necessário, material para tricotomia.

**4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Calçar as luvas de procedimento;
- 4.3 Lavar o local do ferimento com soro fisiológico e degermante;

- 4.4 Se o local a ser realizada a sutura houver a presença de pelos ou cabelos, fazer tricotomia, com material destinado a esse propósito;
- 4.5 Deixar o paciente confortável esperando o médico plantonista que irá realizar a sutura;
- 4.6 Preparar o material estéril para a sutura em uma mesa auxiliar próxima a maca do paciente;
- 4.7 Abrir a luva estéril, de acordo com o número que o médico usa;
- 4.8 Disponibilizar o PVPI tópico utilizado pelo médico, para fazer desinfecção da ferida, juntamente com a cuba rim para desprezar as gazes;
- 4.9 Disponibilizar o material para o médico de acordo com as etapas do procedimento, sempre disponibilizando de forma asséptica;
- 4.10 Ao término, realizar o curativo no local;
- 4.11 Deixar o ambiente em limpo e em ordem;
- 4.12 Fazer as anotações necessárias.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Riscos físicos.
- Riscos biológicos;

## 6. REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, B. J. M. Higiene e Profilaxia. 1º Ed. Rio de Janeiro: Editora Bezerra de Araújo, 2002.

## 7. ANEXOS:

- Após aberto a lidocaína, identificar o frasco com data de validade.
- Procedimento de sutura é privativo do médico;

## 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVIA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Mensuração Da Circunferência Abdominal		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 88</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Mensurar o valor correto da circunferência abdominal, a fim de auxiliar na conduta terapêutica do paciente.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Caneta;
- Fita métrica;
- Algodão;
- Álcool 70%.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material e levar próximo ao paciente;
- 4.3 Explicar o procedimento ao paciente / acompanhante;
- 4.4 Se possível, pedir para o paciente ficar em pé, caso contrário, adaptar e fazer a mensuração com o paciente deitado;
- 4.5 Expor a região abdominal;
- 4.6 Realizar uma marcação com a caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril.



- 4.7 Segurar o ponto zero da fita métrica e passá-la ao redor da cintura sobre a marcação realizada;
- 4.8 Solicitar ao paciente que expire totalmente e, neste momento, realize a leitura;
- 4.9 Deixar o paciente confortável no leito;
- 4.10 Realizar a desinfecção da fita métrica com solução alcoólica a 70%.
- 4.11 Higienizar as mãos conforme POP n01;
- 4.12 Guardar o material utilizado em local próprio;
- 4.13 Anotar o valor da medida no prontuário.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

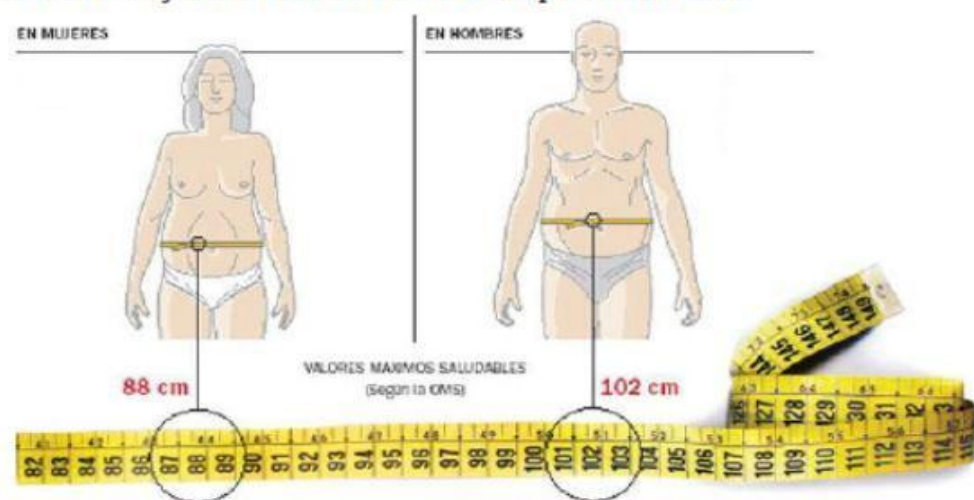
**BRASIL.** Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p.76.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ANDRADE, P. J. et al. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V 95, Supl.1, p. 1-51. 2010.

## 7. ANEXOS:

Verificar se a fita está ajustada e nivelada em todas as partes da cintura.



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

---

Cargo:


---

Nome:

---

Cargo:

---

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Realização da Prova do laço		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 89</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- A prova do laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue, durante o exame físico;
- Avaliação correta do teste para auxiliar o diagnóstico de dengue hemorrágica e prevenir complicações.

### 1. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

### 3. MATERIAIS:

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio;
- Caneta.

### 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Confirmar a solicitação médica.
- 4.2 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.3 Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente.
- 4.4 Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- 4.5 Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- 4.6 Deixar o paciente confortável em posição sentada ou deitada.
- 4.7 Desenhar um quadrado de 2,5 cm no antebraço do paciente ou uma área ao redor da falange distal de seu polegar.

- 4.8 Verificar a pressão arterial, usando manguito convencional e deixar posicionado o manguito.
- 4.9 Calcular a pressão arterial média (PAM) =  $[PAS \text{ (pressão arterial sistólica)} + PAD \text{ (pressão arterial diastólica)}] / 2$ .
- 4.10 Insuflar o manguito até o valor obtido do cálculo da pressão média estipulada (o pulso - radial deve ser preservado) e mantê-lo insuflado por 5 minutos em adulto e, em criança, 3 minutos ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses emambos.
- 4.11 Avisar o paciente que sentirá um desconforto.
- 4.12 Retirar o manguito do braço e procurar petéquias sobre a área que estava sobre o manguito ou distante a ele.
- 4.13 Contar o número de petéquias num quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço do paciente.
- 4.14** Comunicar o enfermeiro caso a prova do laço seja **positiva** 20 ou mais petéquias em **ADULTOS e 10 ou mais em CRIANÇAS**.
- 4.15 Deixar o paciente confortável no leito.
- 4.16 Higienizar as mãos conforme POP nº01.
- 4.17 Manter o ambiente em ordem.
- 4.18 Realizar as anotações no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 80.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: manual de enfermagem**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 64.
- ANDRADE, J. P et. al. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de cardiologia. v. 95, nº 1 supl.1, p 1-51, 2010.

POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016: p:480.

**7. ANEXOS:**



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>	<p>Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p><b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Alinhamento e estabilização manual da coluna cervical</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/médicos</p>
<p><b>POP Nº: 90</b></p>	<p><b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023</p>	<p><b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023</p>
<p><b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas</p>	<p><b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas</p>	<p><b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro</p>

**1. OBJETIVO:**

- Manter a coluna cervical alinhada em posicao anatomica (neutra) sem a utilizacao de equipamentos e materiais.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Luvas de procedimento.

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

4.1 Esse procedimento pode ser realizado em diversas abordagens pela frente do paciente (figura 1), por trás (figura 2), pela lateral (figura 3) ou em posição supina (decúbito dorsal horizontal – figura 4) e deve ser mantido até instalação do colar cervical em caso de trauma.

**Figura 1 - Abordagem pela frente do paciente**

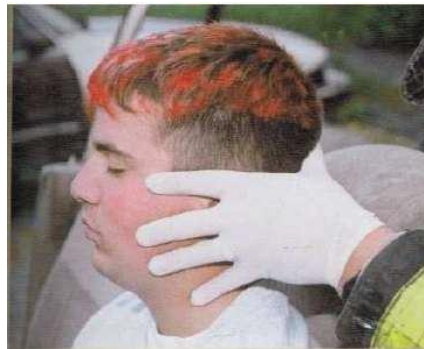


Fonte: PHTLS (2014)

4.2O profissional posiciona-se em pé, a frente do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;

- 4.3 Utilizando as duas mãos para segurar a cabeça, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os dedos mínimos apoiem a parte posterior da cabeça, os outros deverão estar posicionados ao longo da superfície da cabeça, enquanto que a face hipotenar das mãos fique a frente e na altura das orelhas;
- 4.4 Exerça uma leve tensão no sentido axial e execute o alinhamento em posição neutra;
- 4.5 Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- 4.6 Apoie seus braços (região do cotovelo) sob o tórax do paciente para obter apoio adicional;
- 4.7 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

**Figura 2** - Abordagem por trás do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

- 4.8 O profissional aproxima-se em pé, por trás do paciente, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- 4.9 Utilizando as duas mãos, posicione-as em ambos os lados, na face do paciente, de forma que os polegares fiquem apoiados na parte posterior do crânio (em nível da região occipital), os dedos indicadores e médios pressionando a mandíbula, enquanto que os dois mínimos estejam abaixo do ângulo da mandíbula sem exercer força de compressão;
- 4.10 Após o posicionamento das mãos realize uma leve tração longitudinal e o alinhamento (anteroposterior e lateral) em posição neutra utilizando movimentos suaves;
- 4.11 Mantenha o posicionamento da cabeça exercendo uma pressão que garanta sua estabilidade;
- 4.12 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

**Figura 3** - Abordagem pela lateral do paciente



Fonte: PHTLS (2014)

- 4.13 O profissional aproxima-se do paciente, posicionando ao seu lado, orientando os pacientes conscientes sobre a técnica e sua finalidade;
- 4.14 Passe um dos seus braços por cima do ombro e por trás da cabeça do paciente apoiando a parte posterior da cabeça com sua mão, evitando movimentos adicionais;
- 4.15 Coloque a outra mão na parte anterior da face, abaixo da boca, de forma que o polegar e o dedo indicador fiquem posicionados na chanfradura da face, onde se juntam os dentes e a mandíbula;
- 4.16 Exerça uma leve pressão apenas para sustentar e estabilizar a cabeça do paciente, alinhando-a em posição neutra se não houver restrições;
- 4.17 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

**Figura 4** - Abordagem do paciente em posição supina (decúbito dorsal horizontal)



Fonte: PHTLS (2014)



- 4.18 O profissional posiciona-se atrás e acima da Cabeça do paciente, fletindo os membros inferiores, ajoelhando-se e orientando os pacientes conscientes sobre técnica e sua finalidade;
- 4.19 Posicionem as mãos em ambos os lados da cabeça, com a face hipotenar cobrindo as orelhas;
- 4.20 Coloquem os dedos na face do paciente de forma que promova a estabilização da cabeça, posicionando os polegares na região frontal, os indicadores sob o maxilar, o dedo médio logo abaixo da mandíbula e o quarto e quinto dedo deverão envolver a parte posterior do crânio do paciente;
- 4.21 Com movimentos leves alinhe a cabeça ao longo do corpo em posição neutra;
- 4.22 Apoie os antebraços e cotovelos no chão para melhor sustentação;
- 4.23 Mantenha a posição até que ocorra a instalação do colar cervical se indicado e disponível.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico e físico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MARIANI, P. P.; PARANHOS, W. Y. **Traumatismo cranioencefálico. In: ATUACAO no trauma: uma abordagem para enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2009.

**PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

Manual: **Procedimentos Operacionais Padrão - POPs** / Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022.

## 7. ANEXOS:

- Em casos suspeitos de traumatismo cervical estar atento, quando possível, aos seguintes fatos relatados pelo paciente:
  - ✓ Formigamento, paralisia ou perda de sensibilidade dos membros;

- ✓ Dor espontânea e/ou a palpação local com resistência ao procedimento;
  - ✓ Presença de traumatismos graves acima da clavícula;
  - ✓ Inconsciência pós-trauma;
  - ✓ Piora das condições ventilatórias;
  - ✓ Ocorrência de espasmos musculares no pescoço.
- Na presença de um desses sinais o socorrista deve manter o paciente na posição inicial, evitando ou interrompendo o procedimento e relatando os achados na ficha de registro da assistência executada.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		


#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁIVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Inserção De Cânula Orofaríngea - Guedel		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/ médicos
<b>POP Nº: 91</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Em pacientes inconscientes, com Glasgow menor que 8, impedir que ocorra queda da base da língua e obstrução da via aérea, permitindo a permeabilidade das vias aéreas superiores e facilitando a aspiração de secreções.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Médicos.

### 3. MATERIAIS:

- Cânula Guedel - número conforme medição;
- Máscara cirúrgica;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção.

### 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.2 Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- 4.3 Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- 4.4 Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante
- 4.5 Colocar a paramentação (máscara, óculos e luvas de procedimento);
- 4.6 Medir o tamanho da cânula tendo como parâmetro da rima labial até lóbulo da orelha

- 4.7 Estender a cabeça do paciente colocando uma das mãos abaixo do pescoço e próximo da região occipital;
- 4.8 Levantar delicadamente o pescoço; simultaneamente, com a outra mão incline a cabeça para trás, aplicando uma pressão sobre a fronte;
- 4.9 Abrir a boca do paciente;
- 5.0 Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para cima no sentido do céu da boca até que passe pela úvula;
- 5.1 Girar a extremidade em 180° de forma que aponte para baixo;
- 5.2 Verificar se a extremidade distal está na hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente;
- 5.3 Verificar se a língua não foi empurrada para dentro da via aérea;
- 5.4 Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para baixo;
- 5.5 Verificar se a extremidade distal está na hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente;
- 5.6 Verificar se a língua não foi empurrada para dentro da via aérea;
- 5.7 Deixar o paciente confortável no leito;
- 5.8 Retirar luvas de procedimento, a máscara e o óculos de proteção;
- 5.9 Desprezar o material utilizado em local próprio;
- 6.0 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 6.1 Manter o ambiente em ordem;
- 6.2 Realizar as anotações no prontuário do paciente.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

KUNIYOHI, F. H. Manobras de desobstrução brônquica e cinesioterápica respiratória. In: Gambarato, G. **Fisioterapia Respiratória em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Ed. Atheneu. 2006; cap 8, p. 78-88.

## 7. ANEXOS:



Fig1. Posição da cânula orofaríngea – Guedel

- Caso ocorram náuseas ou vômito, retirar cânula de Guedel.
- Paciente com TCE não realizar hiperextensão do pescoço.
- Em casos de paciente com sinais de base de crânio, não utilizar a cânula de Guedel.
- A cânula de Guedel é contra-indicada em paciente acordado podendo gerar um laringoespasma.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:


---

Cargo:

---

Cargo:

---

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVIA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Anteriorização da mandíbula - abertura das vias aéreas		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/ médicos
<b>POP Nº: 92</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Utilizar a técnica de anteriorização da mandíbula em usuários traumatizados para permeabilizar as vias aéreas, da boca, faringe e laringe permitindo que o ar passe pelas cordas vocais e traqueia alcançando a via aérea baixa.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Médicos.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial).

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- 4.2 Posicionar-se atrás da cabeça da vítima (figura 1);
- 4.3 Posicionar as duas mãos espalmadas uma de cada lado da face da vítima mantendo o alinhamento da coluna cervical da mesma em posição neutra (figura 1);
- 4.4 Posicionar os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula;
- 4.5 Projetar a mandíbula para frente enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca (figura 2);
- 4.6 Pesquisar a presença de corpos estranhos, próteses dentárias ou sangramentos que possam obstruir as vias aéreas superiores;
- 4.7 Após esta intervenção, caso necessário, proceda a aspiração de secreções orofaríngeas e instale a cânula orofaríngea, conforme procedimento operacional

padrão;

4.8 Mantenha o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco Biológico;

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

COLEGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê de Trauma. **Suporte avançado de vida no trauma para médicos ATLS**: manual do curso de alunos. 8. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2008.

**PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

#### 7. ANEXOS:

Figura 1



Figura 2





**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁIVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Aplicação da Escala de Coma de Glasgow		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/ Médicos
<b>POP Nº: 93</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Aplicar a técnica de mensuração do nível de consciência em pacientes vítimas de uma lesão cerebral aguda.

**1. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Médicos.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção).

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- 4.2 Para pacientes adultos, iniciar a avaliação pela Abertura Ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:
  - 4.2.1 Observar se o paciente apresenta abertura ocular espontânea: 4 pontos;
  - 4.2.2 Caso o paciente não abra espontaneamente os olhos, usar um comando verbal “abra os olhos” e observar sua reação, se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos;
  - 4.2.3 Se o paciente não responde ao estímulo verbal, aplicar um estímulo físico: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária e observar a reação, se o paciente abrir os olhos após o estímulo: 2 pontos;
  - 4.2.4 Na ausência de abertura ocular: 1 ponto.

- 4.3 Avaliar a **Resposta Verbal** e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida. Formular questões simples, como “qual é o seu nome” ou “o que aconteceu com você?”, e avaliar a qualidade da resposta;
- 4.3.1 Considerar “orientado” o paciente que responde coerentemente as perguntas: 5 pontos;
- 4.3.2 Considerar “confuso” o paciente que embora responda as perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
- 4.3.3 Considerar o uso de palavras inapropriadas: não consegue falar em frases, mas interage através de palavras isoladas: 3 pontos;
- 4.3.4 Considerar o uso de sons incompreensíveis, somente produz gemidos: 2 pontos;
- 4.3.5 Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.
- 4.4 Avaliar a **Resposta Motora**, utilizar a comunicação verbal, dando ordens simples ao paciente, como “levante a mão”, e observar a reação.
- 4.4.1 Se o paciente obedece ao comando, cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora: 6 pontos;
- 4.4.2 Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo físico para avaliação da resposta. Utilizar como estímulos: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária. Considerar resposta de “localização” se o paciente eleva a mão acima do nível da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo: 5 pontos;
- 4.4.3 A pressão atrás da mandíbula (processo retromandibular/estiloide) é difícil de aplicar com precisão e não é recomendada para uso rotineiro. A estimulação esfregando os nós dos dedos no esterno é fortemente desencorajada; pode causar hematomas e as respostas podem ser difíceis de interpretar.
- 4.4.4 Considerar resposta de “**flexão normal**”: a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo: 4 pontos;
- 4.4.5 Considerar resposta de “**flexão anormal**” se a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo: 3 pontos;
- 4.4.6 Considerar resposta de “**extensão**” quando há uma extensão do braço ao nível do cotovelo: 2 pontos;

4.4.7 Considerar “resposta ausente” se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo físico: 1 ponto.

4.5 **Pontuar e somar:** Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2 e M1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal e motora, com resultado geral igual a 7).

4.6O escore máximo na Escala de Coma de Glasgow é 15, indicando um paciente sem dano neurológico, e o menor escore é de 3, indicando um sinal de péssimo prognóstico. Um escore menor que 8, indica lesão grave e necessidade de via aérea definitiva. Escores entre 9 e 12, lesão moderada, e de 13 a 14, lesão leve.

4.7Para **crianças**, utilizar a escala de Coma de Glasgow Pediátrica, aplicada de acordo com o quadro em anexo.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192:** serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192:** serviço de atendimento móvel de urgência. 2. ed.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

**GLASGOW Coma Scale.** Glasgow: Institute of Neurological Sciences, 2015. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/gcs-aid/> Acesso em: 02 jul. 2023.

**PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

## 7. ANEXOS:

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW****Quadro 1** - Escala de Coma de Glasgow para adultos

	<b>CRITÉRIO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Olhos abertos previamente à estimulação	4
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	2
	Ausência persistente de abertura ocular	1
<b>MELHOR RESPOSTA VERBAL</b>	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	4
	Palavras isoladas inteligíveis	3
	Apenas gemidos	2
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1
<b>MELHOR RESPOSTA MOTORA</b>	Cumprimento de ordens com 2 ações	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula para localizar o estímulo	5
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão normal	4
	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante anormal	3
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2
	Ausência de resposta	1

Fonte: GLASGOW Coma Scale (2015)

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA PEDIATRIA****Quadro 2** - Escala de coma de Glasgow modificada para Pediatria

	<b>CRIANÇAS</b>	<b>BEBÊ (&lt; 1 ANO)</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo físico	Ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
<b>MELHOR RESPOSTA VERBAL</b>	Palavras apropriadas, orientada	Murmura ou balbucia	5
	Confusa	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à estímulo	3
	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à estímulo	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
<b>MELHOR RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a comando verbal simples	Move-se espontânea intencionalmente	6
	Localiza estímulos físicos	Retira o membro ao toque	5
	Flexão normal à estímulo físico	Flexão normal a estímulo físico	4
	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	3
	Extensão dos braços ao estímulo físico	Extensão dos braços ao estímulo físico	2
Ausência de resposta	Ausência de resposta	1	

Fonte: Brasil (2016 a, b)

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁIVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Avaliação Da Reatividade Pupilar		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem/ Médicos
<b>POP Nº: 94</b>	<b>EMISSÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Avaliar a reatividade pupilar. Observar o diâmetro, a simetria, o reflexo ao estímulo luminoso e a velocidade da resposta do estímulo a luz.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e médicos.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamentos de proteção individual (óculos, luvas e máscara facial)
- Lanterna

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- 4.2 Fechar o olho do usuário ou, se possível, pedir para que o usuário feche;
- 4.3 Aguardar alguns segundos;
- 4.4 Levantar rapidamente a pálpebra ou pedir para que abra os olhos, dirigindo o foco de luz diretamente sobre a área da pupila;
- 4.5 Repetir no outro olho o mesmo procedimento;
- 4.6 Avaliar as pupilas quanto a simetria, diâmetro, foto reatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

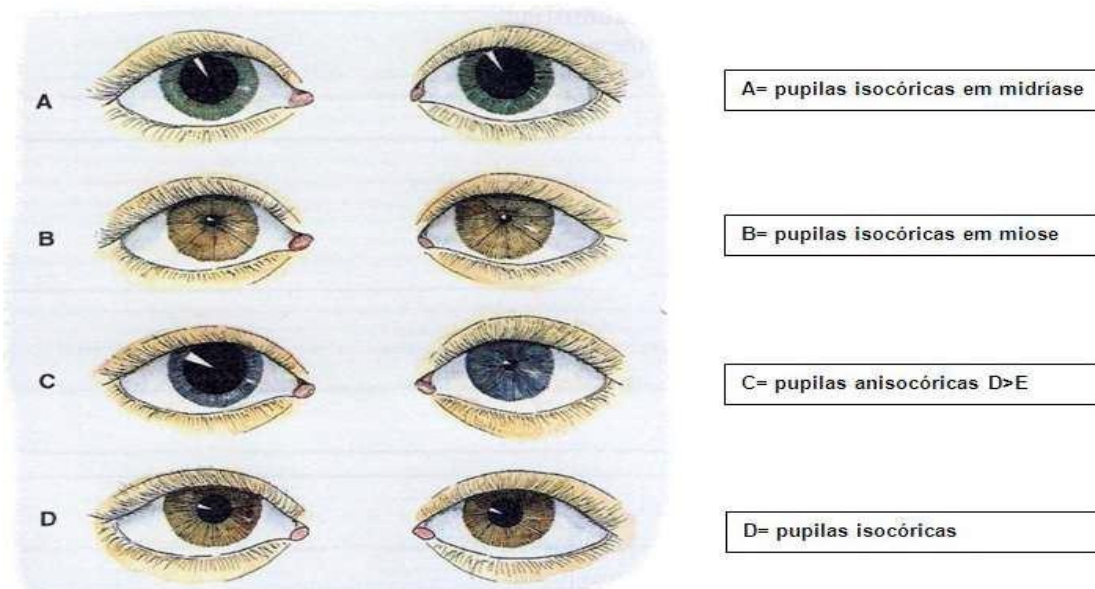
**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

MARIANI, P. P., PARANHOS, W. Y. **Traumatismo cranioencefalico.** In: **ATUACAO no trauma: uma abordagem para enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2009.

**PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

## 7. ANEXOS:

- Na incidência da luz espera-se que a pupila apresente constrição e na retirada do foco luminoso retorno a dilatação.
- Quanto a velocidade da reação a luz devemos considerar constrição rápida comonormal (fotorreagente), a constrição lenta (bradirreagente) e arreativa ou fixa como dados de avaliação de anormalidade.
- Avalie as pupilas quanto a simetria, diâmetro, fotorreatividade e velocidade da resposta ao estímulo luminoso – PERRL: Pupilas estão Equivalentes, Redondas e Reativas a Luz?
- O diâmetro da pupila varia de 1 a 9 mm, sendo considerada uma variação normal de 2 a 6 mm, com um diâmetro médio em torno de 3,5 mm.
- Quanto a simetria elas serão isocóricas quando possuírem o mesmo diâmetro e anisocóricas quando uma pupila for maior que a outra. OBS: Quando anisocorias, sempre anotar a pupila maior em relação a menor – pupilas anisocóricas Ex. D>E.



- Uma alteração pupilar significa uma situação de gravidade neurológica e, portanto o médico regulador ou assistencialista deve ser comunicado imediatamente.



**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Avaliação do enchimento capilar		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 95</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Avaliar a perfusão periférica, sendo esta técnica um requisito da condição hemodinâmica do usuário.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção)

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI);
- 4.2 Se possível, explicar o procedimento ao paciente;
- 4.3 Pressionar o leito ungueal do paciente por aproximadamente 20 segundos (figura 1) e soltar (figura 2);
- 4.4 Mensurar em quantos segundos, a região pressionada retorna a coloração inicial.

**5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

OLSON, T. R. A.D.A.M. **Atlas de Anatomia**. Sao Paulo: Guanabara Koogan, 1988.

**PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SOUSA, R. M. C. et al. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2009.

## 7. ANEXOS:

**Figura 1 - Pressão no leito ungueal**



**Figura 2 - Retorno de sangue**



- O tempo em segundos, para que o leito ungueal ou lábios retorne a coloração inicial, e considerado o tempo de enchimento capilar.
- Tempo de enchimento maior que 2 segundos e um sinal de perfusão inadequada.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		


**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Cuidados Com O Corpo Pós-Morte: Preparo E Encaminhamento		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 96</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Manter o corpo limpo e identificado. Evitar a saída de odores e secreções.
- Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamentos de Proteção Individual (mascara cirúrgica, óculos protetor, avental e luvas de procedimento);
- Bandeja
- Biombo se necessário;
- Algodão e/ou gaze não esterilizada;
- Tesoura;
- Fita Crepe;
- Atadura;
- Lençol;
- Pulseira de identificação;
- Hamper;
- Maca.
- Chave do necrotério (fica aos cuidados da recepção).

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Medico constata o óbito e comunica o óbito para a família,
- 4.2A recepção solicita documento de identificação com foto do usuário e orienta familiares a providenciar a funerária;
- 4.3Medico preenche a Declaração de Óbito (morte natural) ou a guia de encaminhamento para o Instituto Médico Legal - IML (morte violenta e/ou acidental);
- 4.4 PROCEDIMENTO DE PREPARO DO CORPO:
  - 4.4.1 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
  - 4.4.2 Colocar EPI's necessários;
  - 4.4.3 Reunir o material;
  - 4.4.4 Desligar todos os equipamentos após constatação escrita do óbito pelo médico responsável;
  - 4.4.5 Identificar o usuário, caso ainda não esteja com a pulseira de identificação;
  - 4.4.6 Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do usuário;
  - 4.4.7 Posicionar o corpo em decúbito dorsal;
  4. 4.8 Retirar sondas, cateteres, drenos, dispositivos agulhados, traqueostomia (caso necessário);
  - 4.4.9 Proceder a higiene do corpo, quando necessário;
  - 4.4.10 Realizar curativos oclusivos externos nos locais necessários;
  - 4.4.11 Manter o corpo em decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;
  - 4.4.12 Fixar mandíbula com atadura, amarrando-a no alto da cabeça;
  - 4.4.13 Unir as mãos do cadáver, mantendo-as unidas pelos punhos, com atadura sobre a parte superior do abdome, na altura da cintura;
  - 4.4.14 Juntar os pés, mantendo-os unidos pelos tornozelos com atadura;
  - 4.18 Proceder a identificação fixando-a no corpo do usuário.
  - 4.19 Envolver o corpo do usuário com lençol, cobrindo-o completamente;
  - 4.20 Encaminhar corpo para o necrotério, manter chaveado e devolver a chave para a recepção, caso algum familiar quiser ver o corpo, deverá ser acompanhado pela enfermeira ou Assistente Social.
  - 4.22 Entregar os pertences do usuário ao acompanhante;
  - 4.23 Providenciar a limpeza e desinfecção do local.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico e ergonômico.

**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

CHEREGATTI, A. L. et al. **Técnicas de Enfermagem**. Sao Paulo: Rideel, 2009.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018

**7. ANEXOS:**

- Não se aplica.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Instalação De Colar Cervical		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 97</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf. <sup>a</sup> Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.
- Proteger a coluna cervical de compressão. Evitar o agravamento de possíveis lesões.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial, óculos de proteção);
- Colar cervical nos tamanhos PP, P, M e G (figura 1).

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

**4.1** Higienizar as mãos conforme POP nº01;

**4.2** Identificar-se e explicar o procedimento ao usuário a medida do possível;

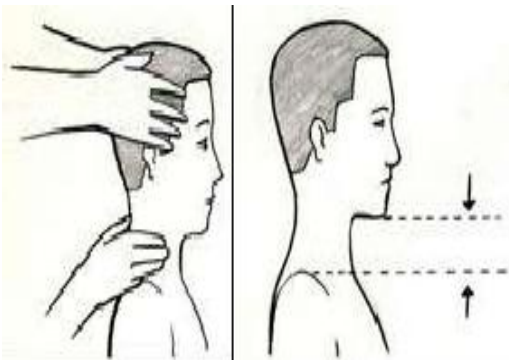
**4.3 Profissional 1:** realizar a **estabilização manual**, segurando a cabeça da vítima com cuidado e movendo-a até uma posição neutra, a menos que seja contraindicado (por exemplo, quando houver resistência ao movimento, espasmo do músculo do pescoço, aumento da dor, início do aumento do déficit neurológico, como adormecimento, formigamento ou perda de habilidade motora, comprometimento das vias aéreas ou da ventilação);

**4.4 Profissional 2:** realizar a avaliação do pescoço e região mentoniana para rápida detecção de lesões que necessitem de abordagem antes da instalação do colar ou que impeçam sua instalação. Utilizando seus dedos, medir o pescoço do usuário, distância



entre a mandíbula e o ombro (figura 2). Usando esta medida aproximada, selecionar o tamanho adequado do colar. No caso de colares ajustáveis, deve-se realizar o ajuste o tamanho indicado, certificando-se que este está travado no tamanho selecionado. É importante o uso do tamanho apropriado, portanto faça a medida do pescoço para escolha do colar cervical ideal. A medida exata do colar e a distância entre o ponto de REFERENCIA (botão) e a borda inferior do plástico rígido e não até o emborrachado de espuma (figura 3).

**Figura 2**



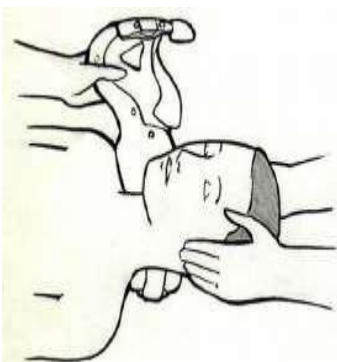
**Figura 3**



Fonte: Ribeiro (2007)

**4.5** Enquanto a estabilização e alinhamento da cabeça são mantidos pelo profissional 1, o profissional 2 instala o colar. Com o paciente em decúbito dorsal horizontal (DDH), a colocação se inicia com a passagem do colar por trás, entre o pescoço e a superfície (figura 4), complementando-se pelo ajuste do apoio mentoniano a frente, sob o mento (figura 5) sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro (figura 6).

**Figura 4**



**Figura 5**



**Figura 6**



Fonte: Ribeiro (2007)

4.6 Com o paciente sentado ou em pé, a instalação do colar se inicia pela adequação do apoio mentoniano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço sendo o ajuste final realizado através da fita de velcro.

4.7 Finalizar o ajuste do colar pela checagem do correto posicionamento: do apoio mentoniano do colar sob a mandíbula de um angulo ao outro; do apoio esternal do colar sobre a região do esterno no tórax do usuário; e dos apoios laterais do colar sobre as clavículas e trapézio. Após a colocação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço deve ser mantida até que o paciente seja colocado na prancha e seja instalado o imobilizador lateral de cabeça

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192**: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RIBEIRO, M. C. **Técnica de imobilização da coluna cervical**. Florianópolis: NEU-SC, 2007.

## 7. ANEXOS:

**Figura 1**



Fonte: arquivos SAMU Regional Ribeirao Preto

- O procedimento deverá ser realizado por duas pessoas em conjunto;

- Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical;
- Vítimas inconscientes apresentam queda da língua e manobras manuais são necessárias para abertura das vias aéreas, como a elevação do mento e uso de cânula orofaríngea.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		


#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIÁVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Triagem de pacientes		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 98</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- **Priorizar os casos mais urgentes**, diminuindo a mortalidade e sequelas devido ao tempo de espera por socorro.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

**3. MATERIAIS:**

- Oxímetro;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Termômetro digital e/ou infravermelho;
- Balança;

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Paciente procura o hospital para atendimento, na recepção informa que precisa de consulta médica, fornecendo dados preliminares sobre seu histórico e queixa atual.
- 4.2 Após ser acolhido pela recepção e realizado o cadastro no sistema IDS, o paciente é chamado para a triagem por ordem de chegada;
- 4.3 Na sala de triagem, os profissionais de enfermagem irão verificar os sinais vitais e realizar a escuta qualificada visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- 4.4 Após a triagem, se estiver em condições de aguardar o atendimento médico, o paciente é orientado a aguardar na recepção até ser chamado para consulta, caso o paciente necessite de atendimento imediato é comunicado o enfermeiro para que

este o avalie e encaminhe para local adequado (sala de sutura, observação, sala de emergência ou consultório médico).

#### 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;
- Risco físico.

#### 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Acolhimento com Classificação de Risco: um paradigma estético no fazer saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004

Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.** Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):181-190

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer técnico 11/2016.** Disponível em [https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC\\_16-011\\_Classificacao\\_de\\_risco\\_tecnicos\\_de\\_enfermagem.pdf](https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-011_Classificacao_de_risco_tecnicos_de_enfermagem.pdf)

CONSELHO FEDERAL D ENFERMAGEM. **Resolução nº 661/2021.** Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021\\_85839.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html)

#### 7. ANEXOS:

A triagem deve conter:

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Medicções em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>, peso, frequência cardíaca e respiratória.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		

03		
04		


**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Teste Rápido para Hepatite B		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 99</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Fornecer resultado no mesmo dia. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros.

### 3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo Teste Rápido.

### 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Ler o manual de instrução;

- 4.2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar os EPIs;
- 4.5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 4.6 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 4.7 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 4.8 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 4.9 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 4.10 Orientar o usuário quanto ao procedimento;
- 4.11 Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região.
- 4.12 Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada. Realizar punção digital;
- 4.13 Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o kit. Encoste a pipeta sobre a gota de sangue e deixe o sangue fluir por capilaridade, sem pressionar o bulbo, até o traço marcado na pipeta plástica descartável (equivalente a 75 µL de sangue).





4.14 No poço de amostra, dispensar o sangue pressionando o bulbo da pipeta.



4.15 Segurar o frasco de Diluente (Reagente nº 2) verticalmente e aplicar 2 gotas (50  $\mu$ L) de Diluente no poço de amostra evitando a formação de bolhas.



4.16 Aguardar a formação das linhas. Interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

#### 4.17 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- **Resultado Reagente:** A amostra é considerada reagente para HBsAg quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T).



Figura 1 – Interpretação de resultado reagente no kit HBsAg Bioclin.

- **Resultado Não Reagente:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).

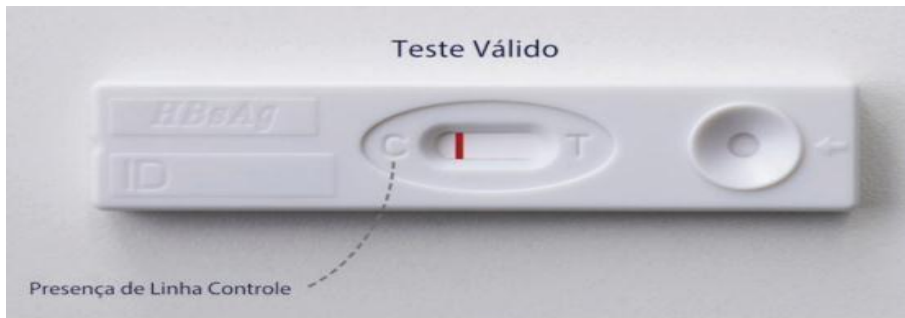


Figura 2 – Interpretação de resultado não reagente no kit HBsAg Bioclin.

- **Teste Inválido:** O teste inclui um sistema de controle interno de migração, representado por uma linha colorida que aparece na área de controle (C). Conforme indicado no folheto que contém as instruções de uso definidas pelo fabricante, essa linha confirma que o teste foi corretamente executado e que o resultado obtido é válido. Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente –, o teste não será considerado válido, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).



- 4.18 Um resultado não reagente não exclui totalmente a possibilidade de infecção por HBsAg.
- 4.19 O kit de HBsAg é um teste inicial para detecção de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B. Resultados isolados do teste não podem ser utilizados para diagnóstico definitivo, necessitando de outros testes complementares.
- 4.20A linha na região controle aparecerá antes dos 15 minutos de corrida do teste, isso não significa que os resultados possam ser interpretados antes do tempo previsto. Tanto para o resultado reagente quanto não reagente, a leitura poder ser feita no intervalo entre 15 e 30 minutos, nem antes dos 15 minutos e nem após os 30 minutos.
- 4.21É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos.
- 4.22Ao término, comunicar o paciente sobre o resultado, esclarecer as dúvidas e realizar as orientações necessárias;
- 4.23Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 4.24 Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.25 Realizar anotação de enfermagem e preencher o laudo do teste rápido, entregando uma via para o paciente e mantendo outra via no prontuário;
- 4.26 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014.

Instrução de Uso do kit HBsAg da marca Bioclin. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**, 1º Edição, 2015.

#### 7. ANEXOS:

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis.
- Resultados reagentes devem ser confirmados com um teste complementares.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Teste Rápido para Hepatite C		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 100</b>	<b>EMISSÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Fornecer resultado no mesmo dia. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiro.

### 3. MATERIAIS:

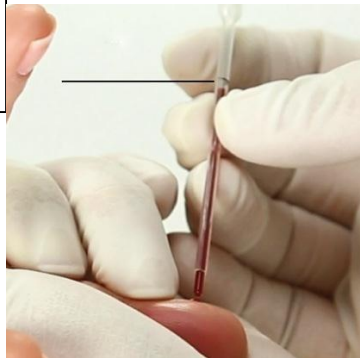
- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo Teste Rápido.

#### **4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Ler o manual de instrução;
- 4.2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar os EPIs;
- 4.5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 4.6 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 4.7 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 4.8 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 4.9 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 4.10 Orientar o usuário quanto ao procedimento;
- 4.11 Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção. Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região.
- 4.12 Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada. Realizar punção digital;
- 4.13 Deixe uma gota de sangue grande se formar no local de punção.
- 4.14 Para a coleta, posicione a pipeta capilar próxima à gota de sangue. Veja que o bulbo possui dois orifícios de ar. Não toque ou aperte o bulbo enquanto preenche o capilar com sangue. Preencha até a marca preta. Não permita a formação de bolhas.



Preencha com sangue até a linha preta.

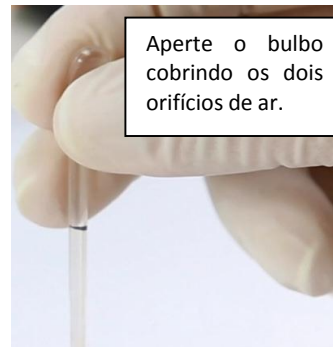


4.15 Em seguida, coloque a pipeta capilar na posição vertical e dispense o volume de 50 microlitros da amostra no poço do dispositivo de teste. Para dispensar o sangue, o bulbo da pipeta deve ser pressionado cobrindo os dois orifícios de ar.

Preencha o poço com todo conteúdo de sangue da pipeta.



Aperte o bulbo cobrindo os dois orifícios de ar.



4.16 Coloque o frasco na posição vertical e adicione cuidadosamente uma gota de solução tampão ao poço em que foi colocada anteriormente a amostra. Não permita a formação de bolhas.



Evite a formação de bolhas ao adicionar a solução tampão. Isso pode levar a erros no volume adicionado e à não validação do teste.

4.17 Será possível fazer a leitura de resultados do teste rápido ABON Hepatite C - HCV depois de decorrido 10 minutos após a adição da solução tampão. Não faça a leitura do teste após 20 minutos.

4.18 **Resultado não reagente:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá uma linha de cor rosa na área de controle (C) e não aparecerá nenhuma linha na área de teste.

4.19 **Resultado reagente:** Quando o resultado for reagente, aparecerão duas linhas coloridas, uma, na área Controle (C) e uma, na área de Teste (T). A linha colorida na área de teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente.



4.20 **Teste inválido:** Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo de leitura determinado pelo fabricante, o teste será considerado inválido, mesmo que a linha colorida apareça na área de teste (T).





Figura 7 - Teste inválido

- 4.21 Ao término, comunicar o paciente sobre o resultado, esclarecer as dúvidas e realizar as orientações necessárias;
- 4.22 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 4.23 Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.24 Realizar anotação de enfermagem e preencher o laudo do teste rápido, entregando uma via para o paciente e mantendo outra via no prontuário;
- 4.25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Instrução de Uso do kit ABON HCV Hepatitis C Virus Rapid Test Device (Sangue Total/Soro/Plasma).

Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, 2º Edição, 2018 .

## 7. ANEXOS:

- O Dispositivo de Teste Rápido ABON HCV indica a presença de anticorpos anti-HCV na amostra e não deve ser usado como o único critério para o diagnóstico de infecção por vírus da hepatite C.
- Assim como em todos os testes de diagnóstico, todos os resultados devem ser considerados em conjunto com informações clínicas.

**8. CONTROLE DAS REVISÕES:**

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

**9. Assinatura dos Responsáveis:**

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Teste Rápido para Sífilis		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 101</b>	<b>EMISSÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVO:

- Teste imunocromatográfico rápido para determinação qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-Treponema pallidum em amostras de soro, plasma ou sangue total.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiro.

### 3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo Teste Rápido.

#### **4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Ler o manual de instrução;
- 4.2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar os EPIs;
- 4.5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 4.6 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 4.7 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 4.8 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 4.9 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 4.10 Orientar o usuário quanto ao procedimento;
- 4.11 Selecionar um dos dedos “Indicador, Médio ou Anelar” para fazer a punção;
- 4.12 Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região.
- 4.13 Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada. Realizar punção digital;
- 4.14 Deixe uma gota de sangue grande se formar no local de punção.
- 4.15 Coletar o sangue com auxílio da pipeta plástica descartável que acompanha o kit. Aperte a pipeta plástica acima do traço marcado e encoste a cavidade abertada pipeta plástica na gota de sangue. Alivie a pressão na pipeta plástica para que o sangue seja aspirado. Aspire o sangue até o traço marcado na pipeta plástica descartável (equivalente a 10 µL de sangue).



4.16 No poço de amostra, poço menor (A), dispensar o sangue pressionando novamente a pipeta.



4.17 Segurar o frasco de Diluente (Reagente nº 2) verticalmente e aplicar 2 gotas (70  $\mu$ L) no poço de diluente, poço maior (B).



4.18 Aguardar a formação das linhas. Interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos.  
Não interpretar após 30 minutos.

#### 4.19 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

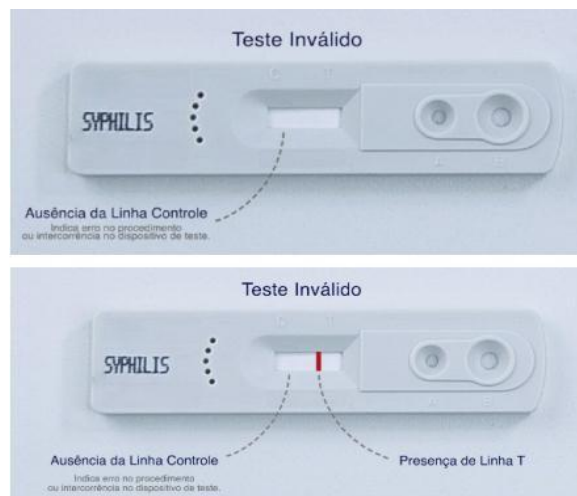
4.19.1 **Resultado Reagente:** A amostra é considerada reagente para Sífilis quando surgem duas linhas coloridas na janela de leitura: linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T).



4.19.2 **Resultado Não Reagente:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).



4.19.3 **Teste Inválido:** Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – isto é, entre 15 e 30 minutos após a adição do diluente, o teste não será considerado válido, mesmo que apareça alguma linha colorida na área de teste (T).



- 4.20 É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos.
- 4.21 Ao término, comunicar o paciente sobre o resultado, esclarecer as dúvidas e realizar as orientações necessárias;
- 4.22 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 4.23 Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.24 Realizar anotação de enfermagem e preencher o laudo do teste rápido, entregando uma via para o paciente e mantendo outra via no prontuário;
- 4.25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instrução de Uso do kit Sífilis Bio da marca Bioclin. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**, 1º Edição, 2016.

## 7. ANEXOS:

- Um resultado não reagente não exclui totalmente a possibilidade de infecção por Sífilis.

- A linha na região controle aparecerá antes dos 15 minutos de incubação do teste, e isso não significa que os resultados possam ser interpretados antes do tempo previsto.
- Os resultados fornecidos por este kit devem ser interpretados pelo profissional responsável, não sendo o único critério para a determinação do diagnóstico e/ ou tratamento do paciente.
- Na sífilis primária, os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro duro. No entanto, é importante ressaltar que o tempo para soroconversão pode variar a cada indivíduo. Portanto, um resultado não reagente no kit Sífilis Bio não exclui a infecção por *T.pallidum*. Caso persista a suspeita de infecção, uma nova amostra deve ser coletada após 30 dias para repetição do teste.
- Os testes imunológicos para sífilis são classificados como não treponêmicos e treponêmicos. O kit Sífilis Bio - Bioclin é um teste treponêmico.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_


Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_



 <p><b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR</p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Teste Rápido para HIV		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 102</b>	<b>EMIÇÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

### 1. OBJETIVOS:

- O teste rápido ABON HIV, utilizado para investigar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês Human Immunodeficiency Virus), baseia-se na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral. Este teste permite a detecção de anticorpos específicos para HIV-1, incluindo o grupo O, e HIV-2, em sangue total, soro ou plasma.

### 2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros.

### 3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;

- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo Teste Rápido.

#### **4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:**

- 4.1 Ler o manual de instrução;
- 4.2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar os EPIs;
- 4.5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 4.6 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 4.7 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 4.8 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 4.9 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 4.10 Orientar o usuário quanto ao procedimento;
- 4.11 Selecionar um dos dedos "Indicador, Médio ou Anelar" para fazer a punção;
- 4.12 Pressionar levemente a ponta do dedo, onde será feita a punção, para acúmulo de sangue nesta região.
- 4.13 Passar álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada. Realizar punção digital;
- 4.14 Deixe uma gota de sangue grande se formar no local de punção.
- 4.15 Colete a amostra com auxílio da pipeta coletora que vem na caixa. Segure o tubo capilar de coleta abaixo do bulbo, na posição horizontal, sem cobrir a marca preta indicadora do volume da amostra. NÃO TOQUE OU APERTE O BULBO. Coloque a extremidade aberta do tubo capilar na gota de sangue e deixe que este suba por capilaridade até a marca preta.



- 4.16 Aperte o bulbo cobrindo os dois orifícios de ar. Em seguida, dispense todo o volume (50uL) da amostra coletada na área do dispositivo de teste indicada com um “S” (do inglês sample ou amostra, em português).

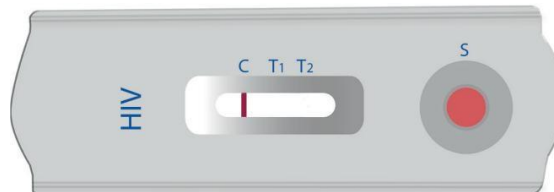


Cuidado para não gerar bolhas, que podem levar à adição de volume inadequado de amostra ao poço. Caso isso ocorra, repita o teste com a realização de uma nova coleta.

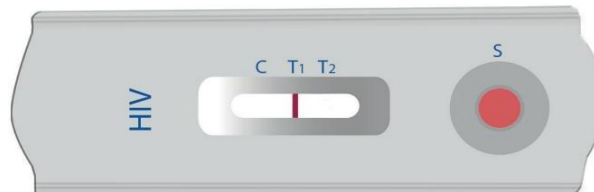
- 4.17 Imediatamente após a aplicação da amostra, com o frasco na posição vertical, adicione duas gotas do tampão no mesmo poço.
- 4.18 Ligue o cronômetro e marque 10 minutos para a leitura dos resultados.
- 4.19 Os resultados deverão ser lidos entre 10 e 20 minutos após a adição da solução diluente. Não realizar a leitura após 20 minutos da adição da solução tampão.
- 4.20 **Reagente:** Se aparecer uma linha colorida na área de controle (C) e em qualquer uma das áreas de teste, T1 e (ou) T2, ou em ambas, a amostra será considerada reagente.



- 4.21 A linha colorida na área de teste (T), T1 e (ou) T2, poderá apresentar variações na intensidade da cor. Porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente.
- 4.22 **Não reagente:** Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C).



- 4.23 **Inválido:** Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado – ou seja, após 10 minutos da adição da solução diluente –, o teste não será considerado válido, mesmo que surja alguma linha colorida na área de teste, T1 e (ou) T2.



- 4.24 Resultados falso-negativos podem ocorrer caso o teste seja utilizado em amostras de pacientes conhecidamente soropositivos que estejam recebendo ou que tenham recebido terapia antirretroviral.
- 4.25 Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção pelo HIV, dado que o teste detecta anticorpos anti-HIV e a produção desses anticorpos pelo indivíduo pode levar algumas semanas.
- 4.26 Persistindo a suspeita clínica, deve-se repetir o teste após 30 dias. Embora um resultado reagente possa indicar infecção pelo HIV, a confirmação do diagnóstico somente poderá ser feita após a realização de pelo menos mais um teste.
- 4.27 A realização do teste não é indicada para a investigação da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses. Isto porque, nas amostras das crianças, podem ser detectados anticorpos maternos transferidos ao bebê por via placentária. O diagnóstico em crianças abaixo de 18 meses deve ser realizado por meio de testes moleculares.

- 4.28 É importante o uso do volume correto de amostra, pois volumes inferiores ou superiores podem determinar resultados errôneos.
- 4.29 Ao término, comunicar o paciente sobre o resultado, esclarecer as dúvidas e realizar as orientações necessárias;
- 4.30 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 4.31 Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.32 Realizar anotação de enfermagem e preencher o laudo do teste rápido, entregando uma via para o paciente e mantendo outra via no prontuário;
- 4.33 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## **5. FATORES DE RISCO:**

- Risco biológico.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Manual do Teste rápido Triline Abon. Disponível em:  
[https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/155183/mod\\_resource/content/1/manual%20TR%20ABON%20HIV%20Tri-line.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/155183/mod_resource/content/1/manual%20TR%20ABON%20HIV%20Tri-line.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção Pelo HIV em Adultos e Crianças. Disponível em:  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf).

## **7. ANEXOS:**

- Resultados falso-negativos podem ocorrer caso o teste seja utilizado em amostras de pacientes conhecidamente soropositivos que estejam recebendo ou que tenham recebido terapia antirretroviral.
- Um resultado não reagente não exclui a possibilidade de infecção pelo HIV, dado que o teste detecta anticorpos anti-HIV e a produção desses anticorpos pelo indivíduo pode levar algumas semanas.

- Persistindo a suspeita clínica, deve-se repetir o teste após 30 dias. Embora um resultado reagente possa indicar infecção pelo HIV, a confirmação do diagnóstico somente poderá ser feita após a realização de pelo menos mais um teste.
- A realização do teste não é indicada para a investigação da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses. Isto porque, nas amostras das crianças, podem ser detectados anticorpos maternos transferidos ao bebê por via placentária. O diagnóstico em crianças abaixo de 18 meses deve ser realizado por meio de testes moleculares.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:


\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

 <b>HOSPITAL CAROLINA LUPION</b> JAGUARIAÍVA - PR	<b>PROCEDIMENTO</b> <b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	Hospital Municipal Carolina Lupion
<b>TÍTULO DO DOCUMENTO:</b> Teste Rápido para SARS COVID 19		<b>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO:</b> Enfermagem
<b>POP Nº: 103</b>	<b>EMISSÃO EM:</b> 03/07/2023	<b>REVISÃO EM:</b> 05/07/2023
<b>ELABORADO POR:</b> Enf.ª Helenice Freitas	<b>VERIFICADO POR:</b> Enfª Helenice Freitas	<b>APROVADO POR:</b> Enf.ª Mariana da Luz Carneiro

**1. OBJETIVO:**

- Fornecer resultado no mesmo dia. Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e isolamento necessário.

**2. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:**

- Enfermeiros.

**3. MATERIAIS:**

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo Teste Rápido.

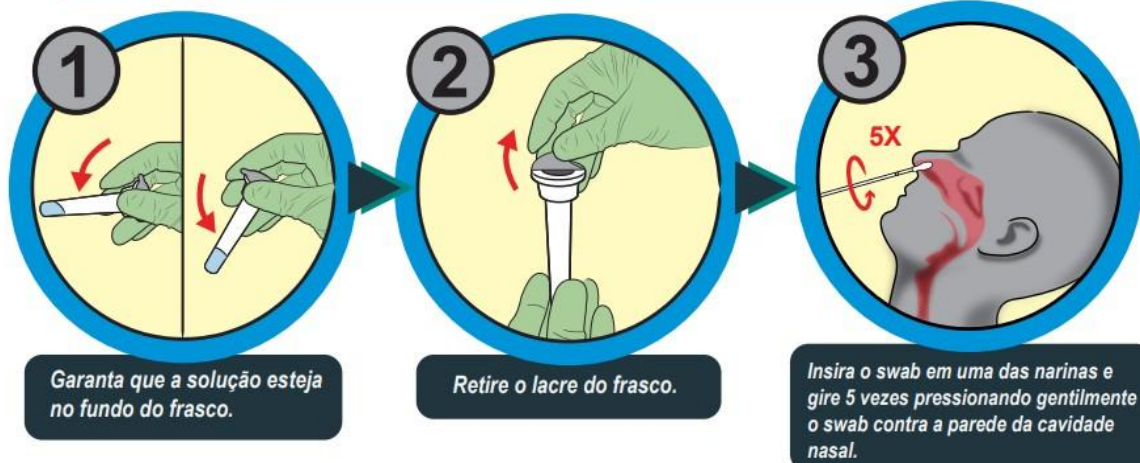
#### 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 4.1 Ler o manual de instrução;
- 4.2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- 4.3 Higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.4 Colocar os EPIs;
- 4.5 Conferir o prazo de validade do kit, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- 4.6 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- 4.7 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- 4.8 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- 4.9 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- 4.10 Orientar o usuário quanto ao procedimento;
- 4.11 Seguir o passo a passo da imagem abaixo:

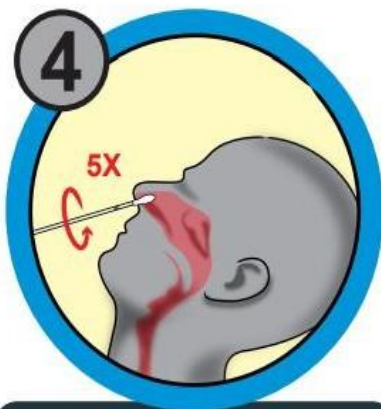
## GUIA RÁPIDO | TR COVID-19 Ag - Bio-Manguinhos

DE PROCEDIMENTOS DE COLETA DA AMOSTRA, EXECUÇÃO DO ENSAIO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Antes de iniciar o teste, confira o nome do kit com o nome deste Guia Rápido.







Retire e repita o processo utilizando o mesmo swab na segunda narina.



Insira o swab com a amostra do paciente no frasco preenchido com a solução tampão. Certifique-se que o swab esteja completamente submerso na solução e cuidado para que o líquido não derrame. Gire o swab 10 vezes enquanto pressiona a ponta contra o fundo e a parede do frasco.



Lentamente, retire o swab enquanto espreme contra as laterais do frasco para extrair o líquido retido. Descarte o swab.



Tampe o tubo com a ponta conta-gotas.

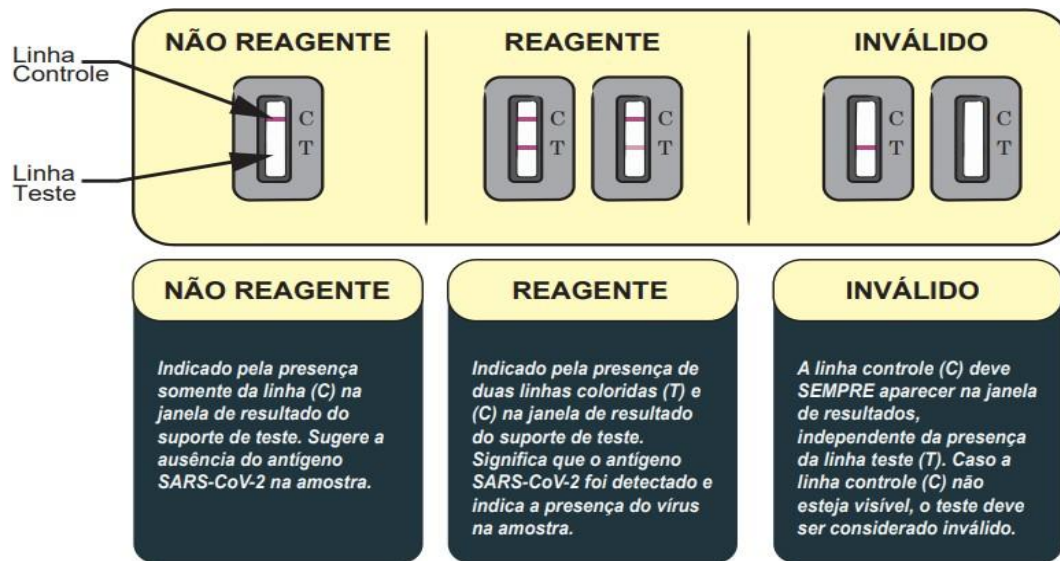


Adicione 3 gotas no poço de amostra.



Interpretar em  
**15 MINUTOS**

Inicie a cronometragem.  
Leia o resultado em 15 minutos.  
Não interprete o resultado após 15 minutos.



- 4.12 Ao término, comunicar o paciente sobre o resultado, esclarecer as dúvidas e realizar as orientações necessárias;
- 4.13 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- 4.14 Retirar os EPIs e higienizar as mãos conforme POP nº01;
- 4.15 Realizar anotação de enfermagem e preencher o laudo do teste rápido, entregando uma via para o paciente e mantendo outra via no prontuário;
- 4.16 Se o resultado for reagente, realizar as notificações necessárias.
- 4.17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## 5. FATORES DE RISCO:

- Risco biológico;

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

EBSERH. Nota Técnica. SEI nº 39/2020/SGCA/CGC/DEPAS-EBSERH de 05 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre Orientações aos Hospitais Universitários Federais da Rede EBSERH a respeito dos Testes de Antígeno para o SARS-CoV-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.**

GUIA RÁPIDO | TR COVID-19 Ag - Bio-Manguinhos **DE PROCEDIMENTOS DE COLETA DA AMOSTRA, EXECUÇÃO DO ENSAIO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.** Disponível em: file:///C:/Users/Enfermeiros/Downloads/bm-bul-152-01-r-sn---guia-rapido-tr-covid-19-ag-humasis--.pdf.

#### 7. ANEXOS:

A triagem deve conter:

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>, peso, frequência cardíaca e respiratória.

#### 8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

#### 9. Assinatura dos Responsáveis:

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Cargo:

\_\_\_\_\_

**ANEXOS DO POP DO PRONTO SOCORRO**

**ANEXO 01**

Este Protocolo, elaborado em 2011, foi revisado pela Equipe de CCIH deste Hospital para utilização e padronização das atividades a serem realizadas conforme sua respectiva área de atuação. Salientamos a aplicação destes procedimentos com o prazo máximo de 2 (dois) anos e/ou caso haja troca de funcionário responsável pela execução dos mesmos, bem como alteração das normas legais vigentes.

---

Mariana da Luz Carneiro  
Gerente de Enfermagem - HMCL

---

Lidiane Maria da Silva  
Enfermeira da CCIH - HMCL

Jaguariaíva, 05 de julho de 2023.