

MANUAL **PROCEDIMENTO** **OPERACIONAL** **PADRÃO**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
ALTO MARACANÃ

2024 Secretaria Municipal de Saúde de Colombo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 4ª edição – 2024 / 2025

Elaboração, distribuição e Informações:
Secretaria Municipal da Saúde de Colombo.
Diretoria de Atenção à Saúde.
Departamento de Média e Alta Complexidade
Rua Francisco Camargo, 238, Centro, CEP: 83.414.010 – Colombo/PR.
Tel.: (41) 3605-8200
Site: www.colombo.pr.gov.br

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marilda França Gimenes Zanoni

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sydnei Jesus Godinho

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Mara Harbs

DIRETORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Marilize Sonntag Okoinski

DIRETORA TÉCNICA ODONTOLOGIA

Miriam Appel Martins

COORDENADORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daiane de Paulo Paltanin

COORDENADORA DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Priscila Francieli Marconato de Bomfim

COORDENADORA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Emanuelle Sanches Bueno Veronesi

**COORDENADORA DE AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO**

Suelen Braz de Jesus de Oliveira

GESTOR DO ESCRITÓRIO DA QUALIDADE

Luis Fernando Gualdezi

GESTORAS DO NÚCLEO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Jeizila Bueno Pereira

Priscilla Maria de Oliveira Peters

EQUIPE TÉCNICA

Daiane de Paulo Paltanin

Giovanna Gabriela Schenatto

Jeizila Bueno Pereira

Priscila Francieli Marconato

Priscilla Maria de Oliveira Peters

Ficha Catalográfica

Colombo. Secretaria Municipal da Saúde.

Manual de Procedimento Operacional Padrão / Secretaria Municipal da Saúde – Colombo: Secretaria Municipal da Saúde, 2024.
269 p. : il.

1. Atenção Secundária de Saúde 2. Protocolos. 3. Pronto-Socorro.

Título para indexação: Standard Operating Procedure Manual: Emergency Care Unit

SUMÁRIO

Numero	Procedimento	Pagina
001	Solicitação de transporte	8
002	Equipamentos de proteção individual	11
003	Precauções universais	13
004	Passagem de plantão	20
005	Transporte inter hospitalar para exame	22
006	Lavagem simples das mãos	24
007	Carrinho de emergência	26
008	Checagem de prescrição	28
009	Aprazamento de medicação	29
010	Cateterismo gástrico	30
011	Cateterismo enteral	32
012	Punção venosa periférica	34
013	Aferição de pressão arterial	36
014	Anotação de enfermagem	38
015	Curativos	40
016	Oxigenoterapia	42
017	Lavagem gástrica	43
018	Higiene oral	44
019	Curativo de catéter venoso central	46

020	Curativo em ferida aberta	48
021	Cateterismo vesical de demora	50
022	Banho de aspersão	52
023	Auxílio em paracentese	53
024	Auxílio em punção venosa central	54
025	Administração de dieta via oral	56
026	Atendimento a parada cardiorrespiratória	57
027	Aspiração de secreção oral e nasofaríngea	60
028	Aspiração de secreção de traqueostomia	62
029	Aplicação de compressas frias	64
030	Aplicação de compressas mornas	66
031	Administração de medicação via catéter gástrico / enteral	68
032	Administração de medicação via retal	71
033	Administração de medicação via otológica	74
034	Administração de medicação via oftálmica	76
035	Administração de medicação via nasal	78
036	Administração de medicação via intradérmica	80
037	Administração de medicação via endovenosa	82
038	Administração de medicação via intramuscular	85
039	Administração de medicação via subcutânea	90
040	Administração de medicação via oral	94

041	Administração de medicação via sublingual	96
042	Administração de medicação tópica	98
043	Coleta de sangue arterial para gasometria	100
044	Higiene íntima feminina	103
045	Higiene íntima masculina	105
046	Desinfecção e organização dos setores	107
047	Preparo do material para esterelização	109
048	Esterelização de material	111
049	Limpeza da autoclave	113
050	Limpeza de equipamentos em sala de ionização	114
051	Técnica de limpeza e desinfecção dos umidificadores de oxigênio e cânulas de guedel	115
052	Técnica de limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio	117
053	Técnica de limpeza e desinfecção de ambú	118
054	Técnica de limpeza e desinfecção de nebulizadores (máscaras, copinho, cachimbo e tubo de conexão)	119
055	Técnica de limpeza manual de instrumental	121
056	Limpeza e desinfecção de almotolias	123
057	Pacientes encaminhados pelo samu admissão /sala de emergência.	125
058	Pacientes atendidos com dor torácica	126
059	Fluxo de atendimento de pacientes encaminhados pelo samu	127
060	Contenção mecânica em paciente agitado / e ou agressivo	128

061	Aspiração nas síndromes gripais	130
062	Intubação orotraqueal nas síndromes gripais	132
063	Orientações para utilização, conservação e reutilização da máscara n95 ou equivalente (covid-19)	135
064	Agendamento e realização de exame externo de raio-x pacientes internados	137
065	Verificação de sinais vitais pacientes em observação longa (internados)	139
066	Verificação de sinais vitais – temperatura axilar	141
067	Verificação de sinais vitais - pulso periférico	143
068	Verificação de sinais vitais - aferição de pressão arterial	145
069	Verificação de sinais vitais - aferição de frequência respiratória	148
070	Glicemia capilar	147
071	Aferição de estatura e peso	150
072	Retirada de pontos	153
073	Técnica de calçar luvas estéreis	155
074	Teste rápido para detecção do antígeno sars-cov-2	155
075	Teste rápido para sorologias hiv, sífilis e hepatites	157
076	Eletrocardiograma	164
077	Coleta de exames laboratoriais	166
078	Limpeza de instrumentais com detergente enzimático	168
079	Aplicação de hipoclorito de sódio 1,0%	170
080	Teste bowiee dick	172

081	Indicadores biológicos para esterilização a vapor	174
082	Teste químico diário com integrador químico	176
086	Armazenagem de artigos esterilizados	178
087	Organização do processo de esterilização e ações no processo de não conformidades	181
088	Manutenção da integridade da pele	183
089	Recepção/acolhimento	187
090	Classificação de risco	191
091	Atendimento médico na emergência	198
092	Atendimento médico – consultório	199
093	Atendimento na sala de medicação rápida	201
094	Atendimento na sala de medicação rápida/observação	202
095	Atendimento na sala de observação longa	204
096	Manejo de óbito	206
097	Entrega de pertences de paciente	208
098	Segurança do paciente na administração de medicamentos	210
099	Higienização em ambientes de saúde	219
100	Hotelaria-gerenciamento dos serviços de processamento de roupas	224
101	Imobilização	227
102	Realização da prova do laço	240
103	Manejo dos casos com suspeita de dengue na upa	243
104	Atendimento a mulher vítima de violência	245

105	Coleta de escarro	249
106	Diagnóstico precoce para os casos suspeitos de tuberculose	252
107	Preparo dieta enteral	256
108	Controlador de acesso	262

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 001	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE				

OBJETIVO

Remover o paciente através de ambulância, nos casos de transferência, alta ou realização de exames;

EXECUTANTES

Enfermeiro, Médico, Assistente Social (transporte para para casos sociais).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES

- Conferir o encaminhamento e/ou prescrição médica;
- Conferir destino do paciente;
- Registrar na guia SETOR no qual paciente esta localizado;
- Informar quando necessário nome do PROFISSIONAL que acompanhará paciente;
- Entrar em contato com Central de Transportes via whatsapp - 41 8855-7075;
- Informar nome completo do paciente, IPM e destino;
- Informar se houver precaução (Contato, Gotícula, Aerossol);
- Destinar a GUIA no suporte exclusivo para transferências;
- Realizar anotação no livro de registro de solicitação de transporte;
- Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Separar os pertences do paciente;
- Solicitar a presença do familiar/acompanhante;
- A solicitação de transporte/remoção/transferência de pacientes da UPA Alto Maracanã via SAMU deverá ser realizada pelo enfermeiro de plantão ou pelo médico via telefone 192, devendo ser informado os dados clínicos, sinais vitais ao rádio operador ou ao médico regulador do SAMU de Curitiba.
- Solicitar ao CONDUTOR assinatura no livro de transferência;

OBSERVAÇÕES

- O médico e/ou enfermeiro escalado na UPA no setor da emergência deverão avaliar as condições clínicas do paciente a ser transportado para realizar a solicitação da ambulância adequada;
- Se o paciente estiver consciente, hemodinamicamente estável, eupneico ou com suporte de oxigenioterapia, em soroterapia, com cateteres, deverá ser solicitada a ambulância branca com técnico de enfermagem (Resolução Cofen 588/2018) e/ou ambulância do SAMU de suporte básico de vida, via 192;
- Nessa situação, o técnico de enfermagem que acompanha, necessariamente deverá estar ao lado do paciente durante todo o transporte;
- Se o paciente estiver inconsciente, dispneico, intubado, ventilação mecânica, em soroterapia, com cateteres, deverá ser solicitado ambulância com suporte avançado de vida, via 192;
- Solicitações deverão ser registradas no prontuário do paciente e no livro de transporte, inclusive os transportes realizados via SAMU.
- Pacientes de trauma leve não críticos, sem dispositivos invasivo, após avaliação do enfermeiro, deverá ser solicitado carro baixo, não havendo necessidade de acompanhamento da equipe de enfermagem.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Informar ao paciente quanto à remoção;
- Comunicar o profissional da enfermagem responsável pelo paciente;
- Comunicar os familiares;
- Deixar o paciente preparado
- para a remoção;
- Auxiliar o paciente até o veículo de transporte;
- Realizar anotação/evolução de enfermagem da saída do paciente da UPA Alto Maracanã, finalizando o atendimento no IPM como Encaminhamento p/ Internação Hospitalar.
- O Profissional da enfermagem necessariamente deverá estar ao lado do paciente durante todo o transporte.
- Caso condutor e ou Técnico de Enfermagem se negar a transportar o paciente, solicitar o preenchimento do **Termo de Recusa de Transportar Paciente**.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 002	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)				

OBJETIVO

Proteger o funcionário e paciente. Prevenir acidentes de trabalho. Evitar infecções cruzadas.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Auxiliar de Serviços Gerais, Funcionários da Copa

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TIPOS DE EPI

- Máscara cirúrgica: indicada para proteção da mucosa oral e nasal, proteção ambiental de secreções respiratórias do profissional.
- Máscara com filtro químico: indicada quando o profissional necessite manipular substâncias química tóxicas.
- Máscara N95: indicada para a proteção de doenças por transmissão aérea (tuberculose, varicela, Covid – 19 entre outras).
- Luvas de látex: proteção da pele à exposição de material biológico e produtos químicos.
- Óculos de acrílico: proteção da mucosa ocular deve possuir proteção lateral, o material de acrílico não deve interferir na acuidade visual do usuário.
- Protetor facial de acrílico: para proteção de toda face, deve possuir proteção lateral, o material de acrílico não deve interferir na acuidade visual do usuário, indicado para limpeza mecânica de instrumentais, por exemplo; central de material e na ala respiratória.
- Avental impermeável: Proteção da roupa e da pele do profissional.
- Bota ou sapato impermeável: Proteção da pele do profissional, em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centro de esterilização, expurgo, morgue, situações de limpeza ambiental e outros).

- Jaleco: A premissa do uso do jaleco é cobrir maior parte possível das áreas mais expostas a contaminação do corpo e roupas. É importante que o comprimento da manga seja avaliado antes do uso, pois os punhos não podem ficar expostos e as mãos não devem ficar parcialmente cobertas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 003	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
PRECAUÇÕES UNIVERSAIS				

OBJETIVO

Garantir o controle e prevenção das infecções hospitalares. Manter a limpeza e Higienização. Prevenir infecções cruzadas.

EXECUTANTES

Enfemeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Placa de Precauções Padrão

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 perfuro-cortante

- Lave com água e sabonete ou fricção as mãos com álcool 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Medidas para implantar as Precauções Padrão

1. Uso de Luvas:

Tipos e indicação:

Luvas de procedimentos não estéreis – proteger as mãos dos profissionais de saúde do risco de contato com sangue, líquidos orgânicos, secreções, excreções, membrana mucosa e pele não íntegra.

Luvas estéreis – proteger as mãos do profissional de saúde durante a realização de procedimentos invasivos.

Luvas de borracha ou de material resistente à perfuração - proteger as mãos do profissional de saúde durante o processamento de artigos e superfícies ou em procedimentos de maior risco para acidente perfurocortante. Usar luvas sempre quando houver risco de contato das mãos com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, mucosas ou pele não íntegra. Ex: contato com feridas abertas, banho, higiene oral, sondagens, punção venosa, manuseio de drenagem e ostomias, manuseio de materiais, roupas ou superfícies contaminadas. Trocar as luvas entre procedimentos. Retirar as luvas e higienizar as mãos imediatamente. Descartar as luvas em recipiente adequado, resíduo infectante.

2. Uso de Avental:

Usar avental sempre que houver risco de respingo/contaminação das roupas com sangue e/ou líquidos corporais. Ex: contato direto com pacientes com sangramentos e/ou ferimentos abertos, preparo do corpo, banho no leito, etc. Descartar imediatamente após cada uso. PRECAUÇÕES PADRÃO Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecção. Usar aventais impermeáveis quando houver risco de contaminação com grandes volumes de sangue e/ou líquidos corpóreos. Ex: Cirurgias, lavagens de artigos contaminados, etc. OBS: Após vestir o avental, amarre primeiramente a gola e depois a cintura. Para retirá-lo, desamarre os cadarços, deslize o avental do pescoço e dos ombros, vire a parte interna sobre a externa, dobre e despreze-o no recipiente de resíduo infectante (quando de tecido despreze-o no hamper) e higienize as mãos.

3. Uso de Máscara Cirúrgica e Óculos de Proteção/ Protetor de Face:

- Utilizar quando houver a possibilidade da ocorrência de respingos de material biológico sobre as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca, durante a realização de procedimentos no paciente, ou manuseio com artigos/materiais contaminados. Descartar imediatamente a máscara após uso. Os óculos ou protetor de face devem ser limpos com água e detergente, após secagem, desinfetá-los com álcool a 70%.

- A sequência correta de Paramentação e Desparamentação é:
- Paramentação: 1º avental, 2º máscara, 3º óculos e 4º luvas.
- Desparamentação: 1º luvas, 2º óculos, 3º avental e 4º máscara. OBS: A Higienização das mãos deve preceder a paramentação e ser efetuada imediatamente após a desparamentação.

Placa de Precauções de Contato

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

<ul style="list-style-type: none"> ■ Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes. ■ Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres e de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do conta- 	<ul style="list-style-type: none"> to com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida. ■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro. ■ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.
---	---



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da Saúde

É indicada para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes que possam ser transmitidos por contato direto e indireto. Exemplos: cólera, celulite drenada não contida, microrganismos multirresistentes, escabiose, hepatite vírus A, herpes zoster localizado imunocompetente, HIV e hepatite B com sangramento, impetigo, pediculose, rotavirus.

Medidas para implantar as Precauções de Contato

- Manter as precauções padrão.
- Informar toda a equipe do motivo da instalação da precaução de contato.
- Colocar o paciente em quarto individual ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microrganismo (coorte de pacientes).

- Sinalizar quarto/leito. Deve ser utilizada sinalização específica na cabeceira da cama, na porta do quarto ou parede dos boxes dos pacientes (cartaz indicativo com a denominação de precaução de contato) e na maca de transporte durante trajeto de paciente em precaução de contato.
- Higienizar as mãos e calçar as luvas antes do contato com paciente, e nas superfícies e equipamentos da unidade do paciente.
- Usar avental se for realizar procedimento que provoque contato com o paciente ou com superfícies e equipamentos da unidade do paciente.
- Evitar tocar desnecessariamente no paciente ou nas superfícies e equipamentos da unidade do paciente.
- Retirar as luvas e o avental imediatamente após contato com paciente. O avental deve ser retirado com técnica adequada, de forma que a parte contaminada fique para dentro. Usar o avental descartável.
- Observar as indicações de higienização de acordo com os 5 momentos. As mãos devem ser higienizadas com solução antisséptica. Após retirar as luvas higienizar novamente as mãos com antisséptico.
- Usar artigos exclusivos para o exame ou cuidados com o paciente. Os artigos reutilizáveis devem ser limpos e desinfetados após o uso.
- Utilizar luvas de procedimento não estéril sempre que houver manipulação do paciente e/ou artigos e superfícies do ambiente (roupa de cama, vestuário, cama, criado, escada, bombas de infusão, ventilador monitor e suporte de soro). Colocar e retirar as luvas no interior do quarto próximo ao leito do paciente e desprezar em resíduo infectante também dentro do quarto ou na unidade do paciente.
- Utilizar avental apenas em situações de oportunidades de contato direto com paciente e/ou equipamentos e unidade do paciente (roupa de cama e vestuário, cama, criado, escada, bombas de Higienização das mãos Avental e Luvas Uso individual 30 infusão, ventilador e suporte de soro). Removê-lo dentro do quarto e descartá-lo após um único uso em resíduo infectante também dentro do quarto ou na unidade do paciente.
- Utilizar artigos (ex: estetoscópio, termômetro e esfignomanômetro⁴) de uso individual ou realizar desinfecção prévia com álcool 70% ou outros desinfetantes de escolha.
- Realizar limpeza com água e sabão seguida de desinfecção da unidade do paciente. No piso utilizar solução de hipoclorito a 1% ou outro desinfetante de escolha no mínimo 2x ao dia. Em superfícies e equipamentos da unidade do paciente (grades da cama, criado,

suporte de soro, ventiladores, monitores) realizar 3 fricções com álcool 70% ou outro desinfetante de escolha no mínimo 2x ao dia.

- Limitar o transporte do paciente para outros setores. Quando necessário o transporte do paciente, o profissional de saúde que o acompanha deve usar luvas e avental. Avisar com antecedência o setor ao qual está sendo encaminhado. Cadeiras e macas utilizadas no transporte devem ser desinfetadas.
- Esclarecer pacientes, acompanhantes e visitas a respeito da precaução de contato.
- Comunicar aos setores sobre a precaução de contato e registrar na prescrição médica e /ou de enfermagem. Na transferência de um paciente para outro setor do hospital fazer a comunicação verbal entre as chefias.

Placa de Precauções para Gotículas

Medidas para implantar as Precauções para Gotículas

- Manter as precauções padrão.
- Colocar o paciente em quarto individual ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microrganismo (coorte de pacientes). Visitas restritas e sob orientação, esclarecendo o paciente, o acompanhante e as visitas a respeito da precaução para gotícula.
- Sinalização do quarto ou leito. Deve ser utilizada sinalização específica na cabeceira da cama, na porta do quarto ou parede dos boxes dos pacientes (cartaz indicativo com a denominação de Precaução para Gotículas) e na maca de transporte durante trajeto de paciente em Precaução para Gotículas dentro do hospital.
- Divulgar a toda a equipe os motivos da precaução para gotículas.
- Realizar higiene de mãos antes de colocar a máscara cirúrgica, posicioná-la para cobrir totalmente o nariz e a boca. Utilizar a máscara cirúrgica ao se aproximar a menos de 1m do paciente.
- A máscara deve ser colocada antes de entrar no quarto e ser retirada ao sair do quarto. Ao retirá-la segure pelas tiras, sem contaminar as mãos, desprezê-la em resíduo infectante. Higienizar as mãos.

- Limitar o transporte do paciente. Quando for estritamente necessário recomenda-se o uso de máscara cirúrgica pelo paciente, quando isso não for possível, orienta-se o uso de máscaras pelos profissionais em contato próximo no transporte (1,5 metro).
- Avisar com antecedência o setor que receberá o paciente em precauções para gotículas, para preparo da unidade e equipe.
- As superfícies e os equipamentos próximos ao leito do paciente devem sofrer limpeza e desinfecção concorrente (diária), conforme a rotina hospitalar. Material de limpeza de uso exclusivo.
- Deve haver evidência do registro da Precaução para Gotículas na prescrição médica e/ou de enfermagem.

Placa de Precauções para Aerossóis

Precaução para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara PFF2 (N95) antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo.
- Pacientes com suspeita ou confirmação de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Medidas para implantar as Precauções para Aerossóis

- Manter as precauções padrão.
- Colocar o paciente em quarto privativo, de preferência com antecâmara ou com climatização que possibilite a manutenção do ambiente sob pressão negativa. Se o ar for circulado deverá ser filtrado através de filtro HEPA. As portas do quarto e da antecâmara devem permanecer fechadas.
- Manter o quarto sob pressão negativa em relação ao corredor, o que geralmente se consegue mediante doze trocas de ar por hora, com exaustão para o exterior do edifício. A exaustão do ar deve ser feita para o ambiente externo, longe de calçadas, janelas que podem ser abertas, pessoas, animais e correntes de ar.
- Sinalização do quarto ou leito. Deve ser utilizada sinalização específica na cabeceira da cama, na porta do quarto ou parede dos boxes dos pacientes e na maca de transporte.
- Divulgar a toda a equipe os motivos da precaução para aerossóis.
- Realizar higiene de mãos antes de colocar a peça semifacial filtrante PFF2 ou N95, posicioná-la para cobrir totalmente o nariz e a boca, deve estar bem ajustada à face. Utilizar a máscara antes de entrar no quarto de isolamento, independentemente do procedimento a ser realizado. A máscara somente deve ser retirada após sair do quarto e fechar a porta.
- Após a utilização da peça semifacial filtrante PFF2 ou N95, retirá-la segurando-a pelas tiras, sem contaminar as mãos, deverá ser guardada protegida em saco plástico com furos para uso posterior. Lembrando que a mesma é de uso individual por profissional, podendo ser utilizada por mais de uma vez. Higienizar as mãos.
- Acompanhante e visitantes deverão usar a peça semifacial filtrante PFF2 ou N95. Restringir visitantes. 9. Limitar o transporte do paciente para outros setores e quando necessário, o paciente deve usar máscara cirúrgica. Os profissionais que acompanham o paciente (padioleiro, técnico de enfermagem, etc.) deverão usar a peça semifacial filtrante PFF2 ou N95.
- Avisar com antecedência o setor que receberá o paciente em precauções para aerossóis, para preparo da unidade e equipe.
- As superfícies e os equipamentos próximos ao leito do paciente devem sofrer limpeza e desinfecção concorrente (diária), conforme a rotina hospitalar. Material de limpeza de uso exclusivo.
- Deve haver evidência do registro da Precaução para aerossóis na prescrição médica e /ou de enfermagem, data de início e o término das precauções.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 004	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
PASSAGEM DE PLANTÃO				

OBJETIVO

Resumir as situações e alterações ocorridas dentro de um período. Estabelecer prioridades do atendimento. Assegurar continuidade do plano de atendimento. Integrar as equipes envolvidas no processo.

EXECUTANTES

Enfermeiro, Médicos e Técnicos de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- O profissional deve apresentar-se no local de trabalho devidamente uniformizado;
- A passagem de plantão ocorre entre 06:50h e 07:05h e das 18:50h e 19:05h;
- Verificar e cobrar a identificação do leito dos pacientes;
- Deve-se passar leito por leito; Obrigatoriamente (técnicos e enfermeiros)
- Posto, enfermarias, classificação de risco, acolhimento, emergência, sutura, sala de medicação rápida, vacina, sala do ECG e sala de exames devem estar limpos e organizados;
- As intercorrências ocorridas durante o plantão deverão ser justificadas e registradas em livro próprio, e repassadas (se necessário) ao próximo plantonista;
- Comunicar à chefia imediata sobre os funcionários que não colaboram com a passagem de plantão e não chegam no horário para realizá-la;
- Assumir o cuidado integral ao receber o plantão;
- Solicitar a medicação e insumos em cada turno de serviço junto à farmácia;
- Seguir a escala de serviço e de atividade elaborada (técnicos e enfermeiros);
- Conferir a checagem de medicamentos na prescrição médica juntamente com a equipe da farmácia;

- Realizar a passagem de plantão por escrito no DRIVE do Email da UPA (pa-maracana@hotmail.com) para enfermeiros; Imprimir a passagem de plantão realizada no DRIVE após a atualização, deixar esse impresso na coordenação (enfermeiros).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 005	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
TRANSPORTE INTER HOSPITALAR PARA EXAME				

OBJETIVO

Estabelecer o procedimento padrão de transporte de pacientes para exames externos.

EXECUTANTES

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Solicitar transporte sanitário (ambulância branca) através do telefone 3621-0101, registrar no livro de transporte;
- Higienizar as mãos;
- Reunir profissionais necessários para auxiliar no transporte;
- Informar ao técnico de enfermagem do transporte a situação atual do paciente.
- Auxiliar o Técnico de enfermagem (funcionário da central de ambulância) responsável pelo transporte;
- Aproximar a maca do leito;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover privacidade ao paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- Deitar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Verificar as condições de acessos venosos e infusões, as fixações das sondas e drenos e as condições de drenagem. Coloque esses artefatos em condições de acompanharem o paciente durante o deslocamento, sem causar danos;
- Puxar as bordas do lençol que estão presas debaixo do colchão do paciente;
- Descer em leque o cobertor e o lençol que cobrem o paciente;
- Enrolar as pontas do lençol bem próximas ao paciente;
- Colocar a maca em posição paralela e encostada no leito do paciente

- Posicionar dois profissionais do lado direito e outros dois do lado da maca, todos os quatro segurando o lençol de baixo;
- Passar o paciente para maca com só movimento, sincronizando a ação dos quatro profissionais da equipe;
- Cobrir o paciente com lençol e cobertor, se necessário;
- Realizar higienização das mãos;
- Registrar o transporte na folha de anotações de enfermagem do prontuário do paciente.
- Solicitar ao funcionário da central de ambulância registrar no livro de transporte;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 006	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS				

OBJETIVO

Permitir o controle e prevenção das infecções hospitalares. Manter a limpeza e higienização das mãos. Prevenir infecções cruzadas.

EXECUTANTES

Enfermeiros, Médico, Técnico de enfermagem, Assistente Social

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Quando lavar as mãos:

Antes de iniciar o trabalho, manusear alimentos e medicamentos, do contato direto com o paciente, de alimentar-se e de utilizar o banheiro;

Após procedimentos de higiene pessoal e do contato com o paciente;

Após contato com secreções de matéria orgânica, contato com superfícies e artigos contaminados tendo ou não usado luvas;

Após manusear o lixo;

Após término de cada tarefa, ao sair do banheiro da jornada de trabalho;

Após término de cada tarefa, ao sair do banheiro e término da jornada de trabalho.

Procedimento

Abrir a torneira e molhar as mãos;

Com a torneira aberta, aplicar sabonete na palma das mãos;

Friccionar as mãos, espaços interdigitais, polegar, articulações, unhas, extremidade dos dedos e o punho;

Enxaguar bem as mãos iniciando pelas extremidades dos dedos;

Enxugar as mãos com papel toalha;

Enxugar as mãos com papel toalha;

Fechar a torneira com papel toalha;
Desprezar o papel toalha no lixo comum.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (segur a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Esfregue as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) envolvendo os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricione as espaldas interdigitais.



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



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Friccione as pontas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágue as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite encostar direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, enrolando pelas mãos e seguindo pelas pontas.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 007	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CARRINHO DE EMERGÊNCIA				

OBJETIVO

Controlar medicamentos utilizados nos pacientes em emergência. Garantir o atendimento imediato ao paciente. Assegurar disponibilidade adequada dos medicamentos. Controlar consumo e reposição dos medicamentos utilizados na emergência. Manter o material pronto para o uso.

EXECUTANTES

Enfermeiro, Farmacêutico e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar as medicações utilizadas na emergência conforme prescrição médica.
- Desprezar materiais perfurocortantes, descartáveis e recicláveis em recipiente próprio.
- Registrar na prescrição todo o material utilizado na emergência.
- Encaminhar 2ª via da prescrição médica a farmácia para a reposição necessária.
- Realizar a limpeza com álcool 70% do compartimento interno e externo do carrinho de emergência.
- Fazer a conferência das medicações utilizadas na emergência através do check list.
- Repor todos os materiais e medicamentos conforme check list,
- Identificar e datar o profissional que realizou a conferência.
- Conferir a data de validade dos medicamentos.
- Limpar as lâminas do laringoscópio com álcool 70%, friccionando por 30 segundos.
- Realizar desinfecção do cabo do laringoscópio com álcool 70%, friccionando por 30 segundos.
- Deixar pilhas fora do laringoscópio.

- Lacrar o carrinho de emergência, anotar a numeração e nome do funcionário em formulário apropriado.
- Manter os monitores e desfibriladores limpos e ligados à rede de energia, verificar a numeração do lacre e anotar no check list.
- Preencher no impresso próprio a data e assinatura do responsável pela conferência do carrinho de emergência.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 008	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CHECAGEM DE PRESCRIÇÃO				

OBJETIVO

Registro no prontuário do paciente que confirmam a execução dos procedimentos. Garantir que registros no prontuário, prescrição médica e de enfermagem sejam realizados nos horários programados e estejam corretos.

EXECUTANTES

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar as medicações utilizadas e procedimentos realizados sempre da esquerda para direita e de cima pra baixo;
- Respeitar as cores de caneta (azul = diurno e vermelha = noturno) para checagem;
- Circular medicações não administradas e anotar motivos na evolução de enfermagem como: alta hospitalar, óbito, transferências, recusa do paciente, medicações suspensas, medicação não padronizada, falta de medicamentos na farmácia etc.;
- Sempre informar o médico e enfermeiro sobre a não administração do medicamento e/ou a não realização do procedimento;
- Se a medicação já estiver sido preparada, anotar;
- Não circular medicamentos que já foram checados;
- Caso errar a checagem: não rasurar, não passar corretor, apenas escrever “sem efeito”;
- Anotar solicitações de medicamentos não padronizados.
- Assinar/rubricar e carimbar ao lado da checagem, sinalizando o profissional que realizou a medicação (conforme orientação COREN –PR).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 009	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
APRAZAMENTO DE MEDICAÇÃO				

OBJETIVO

Garantir a continuidade do tratamento terapêutico. Racionalizar e organizar o serviço de enfermagem.

EXECUTANTES

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

2 em 2 horas	18:00; 20:00; 22:00; 24:00; 02:00; 04:00; 06:00; 08:00 10:00; ...
4 em 4 horas	18:00; 22:00; 02:00; 06:00; 10:00 14:00
6 em 6 horas	18:00; 24:00; 06:00; 12:00
8 em 8 horas	22:00; 06:00; 14:00;
12 em 12 horas	22:00; 10:00;
24 em 24 horas	10:00*
“Pela Manhã”	10:00
“À Noite” “Antes de Dormir”	22:00
Dose de Ataque	fazer no horário solicitado pelo médico

Sempre que o paciente internar, deverá ser administrada dose de ataque de medicações para analgesia e antibioticoterapia, para depois iniciar o horário padrão.

Por exemplo: Se o paciente interna as 15:00h, e consta na prescrição medicação Cefazolina 2g de 12/12h a medicação será administrada as 15h e o próximo será administrado as 24h e 12h.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 010	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CATETERISMO GÁSTRICO				

OBJETIVO

Remoção do conteúdo gástrico e introdução de alimentos e/ou drogas no estômago

EXECUTANTES

Enfermeiro

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS: Cateter gástrico, seringa de 20 ml, luvas de procedimento, compressas de gaze, gel lubrificante, estetoscópio, cuba rim, esparadrapo ou fita microporosa.

- Lavar as mãos;
- Reunir todo o material a ser utilizado e levar até o leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição de Fowler – 45°;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar prótese dentária se necessário;
- Limpar a região do nariz e região frontal com gaze umedecida em álcool 70%;
- Retirar o cateter da embalagem e segurá-lo com uma gaze;
- Medir externamente a distância entre o lóbulo da orelha e a ponta do nariz, e deste para o apêndice xifoide sem encostar no paciente;
- Demarcar com fita microporada ou caneta de retroprojeter;
- Lubrificar a ponta do cateter;
- Levantar a cabeça do paciente, introduzir o cateter na narina e passá-lo até dentro da nasofaringe posterior, dirigindo-a para baixo e para trás;
- Avançar com suavidade cada vez que o paciente deglutir;

- Se houver resistência impedindo a progressão do cateter, não forçar; uma rotação suave do cateter poderá ajudar. Se não resolver, retirar o cateter e tentar em outra narina;
- Verificar a localização do cateter após a introdução da seguinte maneira:
- Colocar a extremidade do cateter num copo de água, observando se há presença de borbulhas;
- Aspirar conteúdo gástrico com uma seringa de 20 ml;
- Colocar o estetoscópio sobre região epigástrica e injetar 15 ml de ar na sonda se for adulto e, de 1 a 3 ml em crianças de acordo com a idade, observando “ruído em cascata” na injeção do ar;
- Fechar o cateter e fixá-lo com adesivo hipoalérgico de maneira a não prejudicar a visão do paciente;
- Anotar na fixação do cateter: nome de quem realizou o procedimento, data, horário e nº do cateter;
- Abrir o cateter e conectá-lo no coletor se a finalidade for a drenagem de conteúdo gástrico ou manter fechada se a finalidade for alimentação;

Observação: Retirar o cateter imediatamente se houver sinais de angústia respiratória (Respiração ofegante, tosse ou cianose);

- O tempo de permanência do cateter é de 07 dias;
- Manter observação constante quanto ao deslocamento deste cateter através da marcação externa, como também realizando os testes, quando necessário.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número:	Data da Validação:	Data da Revisão:	Versão nº
	POP 011	Agosto/2024	Agosto/2026	04
CATETERISMO ENTERAL				

OBJETIVO

Procedimento utilizado para introdução de alimentos e/ou drogas via enteral em pacientes impossibilitados de receber dieta por via oral e/ou gástrica.

EXECUTANTES

Enfermeiro

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir todo o material a ser utilizado e levar até a cabeceira do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição de Fowler – 45°;
- Retirar prótese dentária se necessário;
- Limpar a pele do nariz e testa com gaze umedecida em álcool 70%;
- Calçar luvas;
- Retirar o cateter da embalagem e segurá-lo com uma gaze;
- Medir externamente a distância entre o lóbulo da orelha e o nariz até o apêndice xifoide seguindo para cicatriz umbilical demarcando a mensuração com esparadrapo ou caneta de retroprojeto;
- Lubrificar a ponta do cateter;
- Levantar a cabeça do paciente, introduzir o cateter na narina, e passá-lo até dentro da nasofaringe posterior, dirigindo-a para baixo e para trás;
- Avançar com suavidade cada vez que o paciente deglutir;
- Se alguma obstrução aparecer e impedir a progressão da sonda não forçar, uma rotação suave da sonda pode ajudar. Se não resolver, retirar o cateter e tentar em outra narina;
- Havendo sinais de angústia (respiração ofegante, tosse ou cianose), retirar o cateter imediatamente;

- Retirar delicadamente o fio guia e passar álcool 70% e guardá-lo na gaveta do paciente, devidamente identificado;
- Verificar a localização do cateter após a introdução da seguinte maneira:
- Conectar uma seringa de 20ml à extremidade do cateter e aspirar para confirmar o posicionamento.
- Colocar a extremidade do cateter num copo de água, observando se há presença de borbulhas;
- Colocar o estetoscópio sobre o epigástrio e injetar 15 ml de ar na sonda, se for adulto e de 1 a 3 ml em crianças de acordo com sua idade, observando “ruído em cascata” na injeção do ar;
- Encaminhar o paciente para exame radiológico após 01 hora do cateterismo realizado;
- Fechar a sonda e fixá-la com adesivo hipoalérgico ou esparadrapo de maneira a não prejudicar a visão do paciente;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Anotar na fixação: nome de quem realizou o procedimento, data, horário e nº do cateter;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material usado para o expurgo;
- Anotar o procedimento e intercorrências no prontuário

Observação: A primeira dieta só deverá iniciar após a avaliação do RX pelo médico ou enfermeiro responsável.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 011	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via endovenosa, manter via de acesso permeável para infusão de soluções.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS: Bandeja, garrote, algodão, álcool a 70%, cateter venoso, luvas de procedimento, fita adesiva (micropore) ou esparadrapo, tala para imobilização se necessário, seringa de 5 ml, conexões (polifix + equipo).

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário em uma bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar luvas;
- Selecionar o local de acesso venoso, expor e avaliar as condições da veia;
- Garrotear o local a ser puncionado (aproximadamente 5 a 10 cm do local de punção);
- Realizar antisepsia da pele com algodão embebido em álcool 70% em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Tracionar a pele;
- Introduzir agulha com bisel para cima a um ângulo aproximado de 30 a 45°. Caso esteja utilizando um cateter com mandril, ao refluir sangue, retire o mandril e introduza apenas a haste flexível do cateter;
- Soltar o garrote;

- Conectar a conexão (polifix) ao cateter e fixá-lo com fita adesiva (micropore);
- Administrar o medicamento prescrito;
- Realizar a salinização do acesso, se necessário;
- Identificar o acesso venoso com a data, número do cateter e nome do responsável pela punção;
- Recolher e guardar o material, deixando o ambiente organizado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição e anotar a realização do procedimento no prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

- Ao infundir a medicação observe sinais de infiltração, se presente cessar a infusão imediatamente e retirar o cateter venoso;
- Trocar fixação a cada 24 horas;
- Na presença de sinais flogísticos retirar o cateter venoso;
- Infundir 10 ml de solução fisiológica após a administração de medicamentos;
- Realizar rodízio das punções a cada 72 horas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 012	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL				

OBJETIVO

Detectar variações dos valores de pressão arterial. Identificar portadores de hipotensão e hipertensão arterial. Identificar riscos de complicações cardíacas. Proporcionar orientações adequadas ao cliente. Fornecer dados para diagnóstico médico.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS: Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Algodão com álcool 70%.

- Explicar o procedimento ao paciente e procurar transmitir tranquilidade e confiança;
- Deixar descansar por cerca de 5-10 minutos, num local tranquilo e com temperatura agradável;
- Manter a pessoa sentada, com o tronco recostado no encosto da cadeira e membros inferiores descruzados. O membro superior a ser examinado deve estar despido, apoiado no nível do coração, com cotovelo levemente fletido e a palma da mão voltada para cima;
- Colocar o manguito de tamanho adequado firmemente 2 a 3 centímetros acima da prega cutânea do cotovelo, centralizando a bolsa de borracha para não ocasionar dor;
- Aguardar 30 segundos e posicionar o diafragma do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, evitando pressão excessiva para não alterar o som auscultado;
- Coloque estetoscópio ao ouvido e comece a inflar a braçadeira até que o som do pulso desaparecer;
- Comece a esvaziar a braçadeira de forma bem lenta, quando o som do pulso reaparecer;
- Visualize o valor que o manômetro está mostrando, será a Sistólica, ou pressão máxima;
- Continue desinflando a braçadeira até que o som do pulso desaparecer de vez;

- Visualize o valor que o manômetro está mostrando que será a Diastólica, ou pressão mínima;
- Retire o esfigmomanômetro e anote os dados.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 013	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM				

OBJETIVO

Registrar intercorrências e os procedimentos executados no paciente no sistema IPM. Fornecer dados para o planejamento do cuidado de enfermagem. Colaborar no diagnóstico médico. Manter comunicação entre equipes. Garantir a continuidade do tratamento. Servir de instrumento para a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados. Colaborar com a auditoria nos prontuários médicos.

EXECUTANTES

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar o registro sempre no prontuário eletrônico do paciente IPM;
- Realizar redação com ortografia correta;
- Registrar as intercorrências e procedimentos realizados com o paciente;
- Utilizar termos técnicos para os devidos registros;
- Checar as medicações;
- Evitar uso de abreviaturas que impeçam a compreensão do que foi registrado;
- Utilizar frase curtas;
- Ser incisivo, preciso e conciso nos registros;
- Sempre carimbar e assinar os registros em casos esporádicos que não forem realizados no IPM

O que anotar:

- Sinais vitais;
- Relato do paciente;
- Nível de consciência;
- Se deambula, dependente de alguém ou restrito ao leito;

- A integridade da pele;
- Permeabilidade ou não das vias aéreas;
- Presença de curativo, seu tipo e aspecto;
- Presença de dreno, seu tipo, aspecto, cor, quantidade;
- Presença de cateteres, seu tipo, número, local e permeabilidade;
- Procedimentos executados no paciente;
- Exames realizados ou encaminhamentos para a realização destes;
- Revisão de acessos;
- Intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 014	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CURATIVOS				

OBJETIVO

Proteger uma lesão ou ferida da ação de microrganismos físicos, mecânicos ou biológico

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

- Kit de curativo estéril que contém: 01 pinça anatômica, 01 pinça dente - de - rato, 01 pinça kelly e 01 tesoura de maio;
- Cuba rim;
- Solução Fisiológica 0,9% de 100ml;
- Seringa de 20 ml;
- Gazes estéreis;
- Micropore;
- 1 Par de luvas de procedimento;
- 1 Par de luva estéril;
- Pomadas e creme conforme prescrição médica;
- Ataduras- Chumaços – Biombo.

PROCEDIMENTO

- Reunir e organizar o material;
- Explicar ao paciente que será realizado;
- Solicitar ou ajudar o paciente a realizar sua higiene corporal antes de realizar o procedimento;

- Colocar biombo quando o local do curativo exponha o paciente de forma a não preservar sua intimidade;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento, abrir kit de curativo dispondo os instrumentais para facilitar;
- Umedecer o curativo antigo do paciente para facilitar sua retirada com pinça dente- de – rato, desprezar no lixo hospitalar;
- Desprezar as luvas de procedimentos e lavar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Iniciar os curativos (caso mais de um) pelas incisões limpas, depois abertas e por último as infectadas;
- Colocar agulha no frasco de solução fisiológica para dar jato de pressão;
- Desprezar o primeiro jato de solução no lixo;
- Iniciar o curativo com jato de solução fisiológica sobre a ferida;
- Colocar gazes em cima da ferida e fixar com micropore, preservando a estética do paciente;
- Identificar o curativo, com data, horário, responsável pelo procedimento;
- Desprezar o material utilizado corretamente;
- Lavar as mãos;
- Registrar, carimbar e assinar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 015	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
OXIGENOTERAPIA				

OBJETIVO

Fornecer tratamento terapêutico, concentração adicional de oxigênio e aliviar dificuldade respiratória.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Fluxômetro de oxigênio, cateter nasal ou máscara facial, umidificador, conexão, látex.

AÇÕES

- Lavar as mãos;
- Preparar material necessário;
- Orientar o paciente e/ou familiar sobre o procedimento;
- Adaptar o cateter ao látex e este ao umidificador;
- Conectar o frasco umidificador ao fluxômetro e este na fonte de O₂;
- Introduzir o cateter na narina, lentamente ou adaptar máscara à face do cliente;
- Fixar delicadamente o cateter na região zigomática ou máscara com cadarço;
- Abrir lentamente a válvula até fluir a quantidade prescrita de oxigênio por minuto;
- Recolher e guardar material deixando a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição e anotar o procedimento no prontuário.

OBSEVAÇÃO: Trocar o cateter nasal ou máscara facial a cada 24 horas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 016	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
LAVAGEM GÁSTRICA				

OBJETIVO

Realizar limpeza e esvaziamento gástrico nos casos de envenenamento não causado por substâncias corrosivas ou cáusticas ou lavar o estômago com solução fisiológica gelada em casos de hemorragia gástrica.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Médico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL: Cateter gástrico calibroso, seringa de 20 ml, gel lubrificante, gazes, luvas de procedimento, cuba-rim, coletor de sistema aberto, recipiente com solução prescrita, esparadrapo, SF 0,9% com equipo, estetoscópio, suporte para soro.

- Preparar o ambiente e material; lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que será feito pedindo sua colaboração;
- Calçar luvas;
- Proteger o tórax do paciente com uma toalha;
- Realizar sondagem gástrica conforme POP 015;
- Adaptar o equipo com solução ao cateter gástrico;
- Administrar o volume prescrito;
- Abrir a SNG e adaptar a conexão do coletor ao cateter para a drenagem;
- Identificar o coletor (data, horário, responsável), bem como o cateter;
- Deixar o paciente em posição confortável (decúbito lateral);
- Levantar o material para o expurgo e medir a drenagem;
- Retirar as luvas; Lavar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado na prescrição incluindo características e volume do líquido drenado.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 017	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
HIGIENE ORAL				

OBJETIVO

Conservar a boca livre de resíduos alimentares; evitar o mau hálito; manter a integridade da mucosa bucal; proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

EXECUTANTE

Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL: Luvas de procedimento, escova de dente, espátula, gazes, solução antisséptica, copo com água e cuba rim.

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Levar o material próximo ao paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em Fowler;
- Calçar luvas;
- Inspeccionar a integridade dos lábios e a cavidade oral;
- Instruir o paciente para que escove os dentes em movimentos circulares;
- Ofereça um copo com água para o paciente fazer bochechos;
- Enxaguar a escova e secar com papel toalha;
- Guardar a escova em recipiente apropriado;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Proteger o tórax do paciente com uma toalha.

PACIENTE EM ESTADO GRAVE OU INCONSCIENTE

- Explicar o procedimento ao paciente;

- Colocar o paciente em Fowler;
- Calçar luvas;
- Inspeccionar a integridade dos lábios e a cavidade oral;
- Adaptar a cuba rim ao lado do queixo do paciente;
- Envolver a espátula com gaze;
- Umedecer a gaze;
- Higienizar os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas;
- Higienizar a língua utilizando espátula envolta em gaze embebida em solução antisséptica bucal;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Anotar o cuidado no prontuário.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 018	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CURATIVO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL				

OBJETIVO

Prevenir infecções no local de inserção do cateter e prevenção de saída acidental.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL: Bandeja, kit de curativo, gazes, solução fisiológica 0,9% 10 ml, luvas de procedimento, luva estéril, micropore, clorexidina alcoólica ou PVPI alcoólico.

AÇÕES:

- Reunir todo o material em uma bandeja;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com o rosto voltado para o lado oposto ao da inserção do cateter;
- Calçar luvas;
- Abrir o kit de curativo, sem contaminar;
- Retirar o curativo anterior com uma pinça tipo dente-de-rato, descartando-o no lixo infectante;
- Limpar a pele ao redor do sítio de inserção do cateter com gaze embebida em solução fisiológica,
- Utilize pinça Kelly ou luva estéril. Secar o local com gaze;
- Passar clorexidina alcoólica ou PVPI alcoólico;
- Cobrir o local com gaze dobrada;
- Fixar o curativo e o cateter na pele com micropore;

- Identificar com data, horário e quem realizou;
- Realizar novo curativo a cada 24 horas, ou sempre que úmido e com sujidade;
- Manter curativo limpo e seco;
- Registrar o procedimento, bem como as características do sítio de inserção no prontuário;
- Atentar para edema ou hiperemia no local.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 019	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CURATIVO EM FERIDA ABERTA				

OBJETIVO

Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Material de curativo, gazes, micropore ou esparadrapo, luvas de procedimentos ou estéril, SF 0,9% e saco para resíduos.

AÇÕES

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com o material necessário;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Calçar luvas;
- Abrir o material de curativo e dispor o material;
- Manipular as pinças com as pontas voltadas para baixo durante o curativo a fim de evitar contaminação;
- Desprender o esparadrapo ou micropore com o auxílio da pinça dente de rato;
- Remover o curativo anterior, desprezar a pinça;
- Realizar a limpeza de acordo com a avaliação da ferida, se o tecido estiver desvitalizado limpe com gaze e solução fisiológica 0,9%; se o tecido estiver viável, irrigue com solução fisiológica 0,9% em jato;
- Colocar a cobertura prescrita (preencha a cavidade se a lesão for profunda);
- Ocluir com gaze, chumaço ou compressa a cobertura primária;

- Retirar as luvas;
- Fixar o curativo com fita adesiva hipoalérgica;
- Identificar o curativo com data, horário e nome do responsável;
- Acomodar o paciente de modo confortável;
- Retirar o material utilizado e levá-lo ao expurgo;
- Desprezar corretamente os resíduos;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição e registrar o procedimento no prontuário, descrevendo os aspectos da ferida.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 020	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA				

OBJETIVO

Prevenir infecção, promover conforto e bem-estar ao paciente.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Médico

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Material de cateterismo vesical, cateter Folley, gel lubrificante, 2 seringas de 20 ml, 2 ampolas de água destilada, solução anti-séptica (PVPI Tópico), esparadrapo, coletor de urina sistema fechado, luva estéril, recipiente para lixo, compressas de gaze, biombo.

AÇÕES

- Reunir o material;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- Colocar o paciente em posição ginecológica (mulher) ou decúbito dorsal (homem) evitando expor desnecessariamente o cliente;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Realizar a higiene íntima com água e sabão;
- Abrir o material de cateterismo;
- Colocar solução anti-séptica na cuba redonda;
- Colocar as luvas estéreis;
- Proceder à assepsia;

- Sexo feminino: iniciar pelo lado externo dos pequenos lábios, a seguir o lado interno e por último o meato urinário;
- Sexo masculino: erguer o pênis com o indicador e polegar, elevar até em uma posição quase vertical e expor a glândula. Limpar o corpo do pênis movimentos circulares do centro para fora, limpar o meato urinário até atingir toda a glândula;
- Lubrificar o cateter com gel lubrificante e injetar de 10 a 20 ml na uretra;
- Introduzir o cateter no meato urinário;
- Observar o reflexo urinário;
- Insuflar o balonete com a seringa de água destilada estéril na quantidade indicada. Em geral, o volume utilizado para insuflar o balão está impresso na extensão distal do cateter;
- Conectar o cateter ao coletor de urina;
- Fixar o cateter com esparadrapo (na mulher face interna da coxa e no homem na região supra-púbica);
- Recolher o material utilizado;
- Identificar o coletor: nome do paciente, nome de quem realizou o procedimento, data e horário;
- Checar o procedimento;
- Anotar o procedimento e intercorrências, bem como a quantidade e aspecto da urina.
- Caso haja dificuldade no procedimento, interromper e avisar o médico de plantão.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 021	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
BANHO DE ASPERSÃO				

OBJETIVO

Proporcionar higiene e conforto ao paciente. Estimular o autocuidado. Amenizar o déficit de higiene.

EXECUTANTE

Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Roupas de uso pessoal, cadeira de higiene, luvas de procedimento, toalha de banho, sabonete, escova de dente, pasta de dente, roupa de cama, chinelos.

- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente;
- Auxiliar no preparo dos pertences pessoais;
- Encaminhar o paciente para o chuveiro;
- Calçar luvas;
- Regular a temperatura do chuveiro;
- Acomodar o paciente na cadeira de higiene, se necessário;
- Oferecer material de higiene oral;
- Auxiliar o paciente no que for necessário;
- Acomodar o paciente no leito após o banho;
- Retirar as luvas;
- Recolher o material deixando o local em ordem;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Registrar o cuidado realizado na anotação de enfermagem
- Observar e registrar integridade da pele.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 022	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
AUXÍLIO EM PARACENTESE				

OBJETIVO

Auxiliar no diagnóstico diferencial de patologias agudas do abdômen.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Pacote de curativo, campo estéril, agulha de grosso calibre – cateter número 16 ou 18, anestésico sem vasoconstritor, seringa de 10 e 20 ml, agulha 40x12 e 25x7, compressa de gaze, solução antisséptica, luva estéril, máscara, avental, equipo, coletor sistema aberto, micropore, gazes, óculos de proteção.

AÇÕES:

- Reunir o material necessário;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente;
- Abrir o material em mesa auxiliar;
- Auxiliar o médico fornecendo o material solicitado;
- Organizar o local, encaminhar o material utilizado ao expurgo da unidade para ser encaminhado em recipiente fechado (embalagem plástica) na CME;
- Lavar as mãos;
- Identificar a amostra do líquido, com o nome do paciente e encaminhar ao laboratório para exames quando solicitado pelo médico;
- Auxiliar o paciente em posição confortável;
- Registrar o procedimento e intercorrências no prontuário;
- Atentar para hipotensão.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 023	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
AUXÍLIO EM PUNÇÃO VENOSA CENTRAL				

OBJETIVO

Via de acesso para cateteres de monitorização hemodinâmica; administração de drogas injetáveis em grande quantidade por longo período ou por difícil acesso periférico; via de acesso para suporte nutricional e/ou parenteral.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL

Cateter venoso central (Intracath), 1 lúmen, 2 lúmens ou 3 lúmens, seringas de 10 e 20 ml, agulhas 25x7 e 40x12, Xylocaina 2% sem vasoconstritor, fio de sutura não absorvível agulhado, campos estéreis, luva estéril, micropore ou esparadrapo, solução fisiológica 500 ml, equipo de soro, conexão com 4 vias para infusão, máscara, solução anti-séptica, avental.

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Providenciar o material necessário;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Colocar em decúbito dorsal com um coxim sob a cintura escapular no sentido longitudinal com a cabeça virada para o lado oposto da punção;
- Fornecer o material solicitado pelo médico e auxiliá-lo no procedimento;
- Instalar solução prescrita;
- Proceder ao curativo quando este não for realizado pelo médico;
- Acomodar o paciente;
- Organizar o ambiente, encaminhar o material ao expurgo em recipiente fechado;

- Checar e registrar o procedimento executado e intercorrências na prescrição do paciente.

OBSERVAÇÕES:

- Deverá ser mantida observação constante em relação à permeabilidade do cateter. Caso ocorra obstrução, comunicar o enfermeiro e o médico de plantão;
- O curativo deverá ser trocado a cada 07 dias, ou quando apresentar sujidade.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 024	Data da Validação: Agosto/2024	Data da Revisão: Agosto/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA ORAL				

OBJETIVO

Auxiliar o paciente a receber o suporte nutricional.

EXECUTANTE

Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

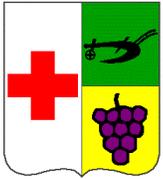
MATERIAIS

Alimentação, material para higiene das mãos e oral, guardanapo e toalha, mesa de refeição.

AÇÕES

- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente / família quanto ao procedimento;
- Oferecer material para higiene das mãos;
- Reunir o material necessário;
- Posicionar o paciente;
- Proteger o paciente com uma toalha;
- Colocar a bandeja sobre a mesa de refeição à sua frente;
- Oferecer o alimento lentamente;
- Realizar ou auxiliar a higiene oral após a refeição;
- Recolher o material, deixando o local em ordem;
- Lavar as mãos;
- Registrar aceitação da dieta.

OBSERVAÇÕES: Estimular a participação da família / acompanhante.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 025	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA				

OBJETIVO

Recuperação da função cardiorrespiratória

EXECUTANTE

Enfermeiro, Médico e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

OBSERVAÇÕES:

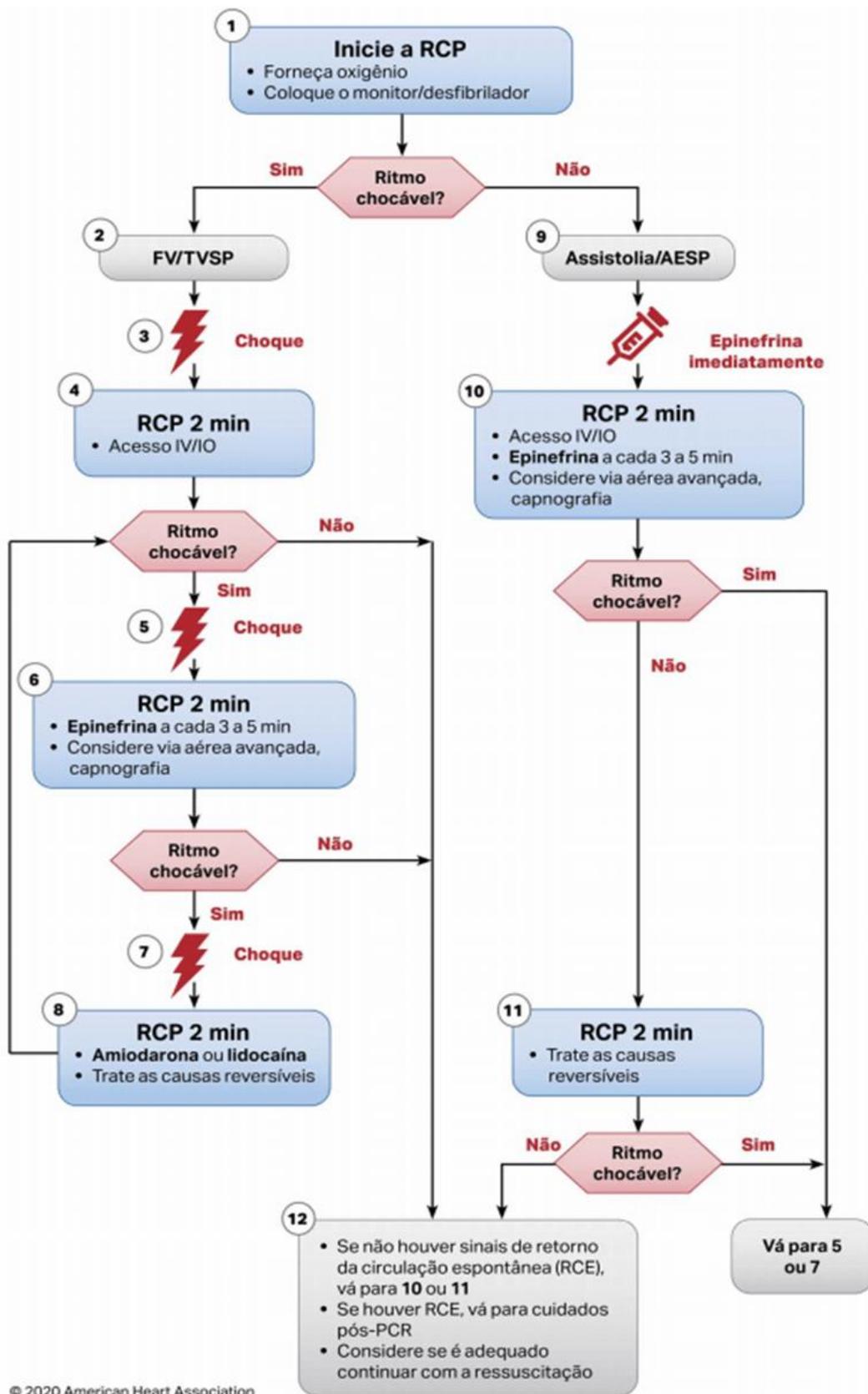
- Não pare as ventilações e compressões para realizar outro procedimento, lembre-se isso é suporte básico de vida;
- Na PCR a prioridade são as compressões. Acesso venoso periférico não é prioridade;
- Não se palpa pulso radial na PCR. No lactente o pulso deve ser palpado em artéria braquial entre fossa cubital e região axilar; em demais faixas-etárias da pediatria e em pacientes adultos, palpar pulso carotídeo ou femoral;
- Em casos de RCP sem sucesso, anotar o horário do óbito e realizar rotina de encaminhamento do óbito (enfermeiro);

Identifique se o paciente ADULTO/PEDIÁTRICO se encontra em PCR:

- Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta);
- Checar a presença de respiração (presente/ ausente/ gasping);
- Se paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica (gasping) ou ausente, sem pulso central palpável, encontra-se em PCR.

Após identificar a PCR, peça ajuda e siga o algoritmo abaixo:

ALGORÍMTO DE ATENDIMENTO EM PCR NO ADULTO AHA:



© 2020 American Heart Association

Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimizar interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
 - Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavaliar a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

- **Bifásica:** Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica:** 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou
- **Dose IV/IO de lidocaína:** Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

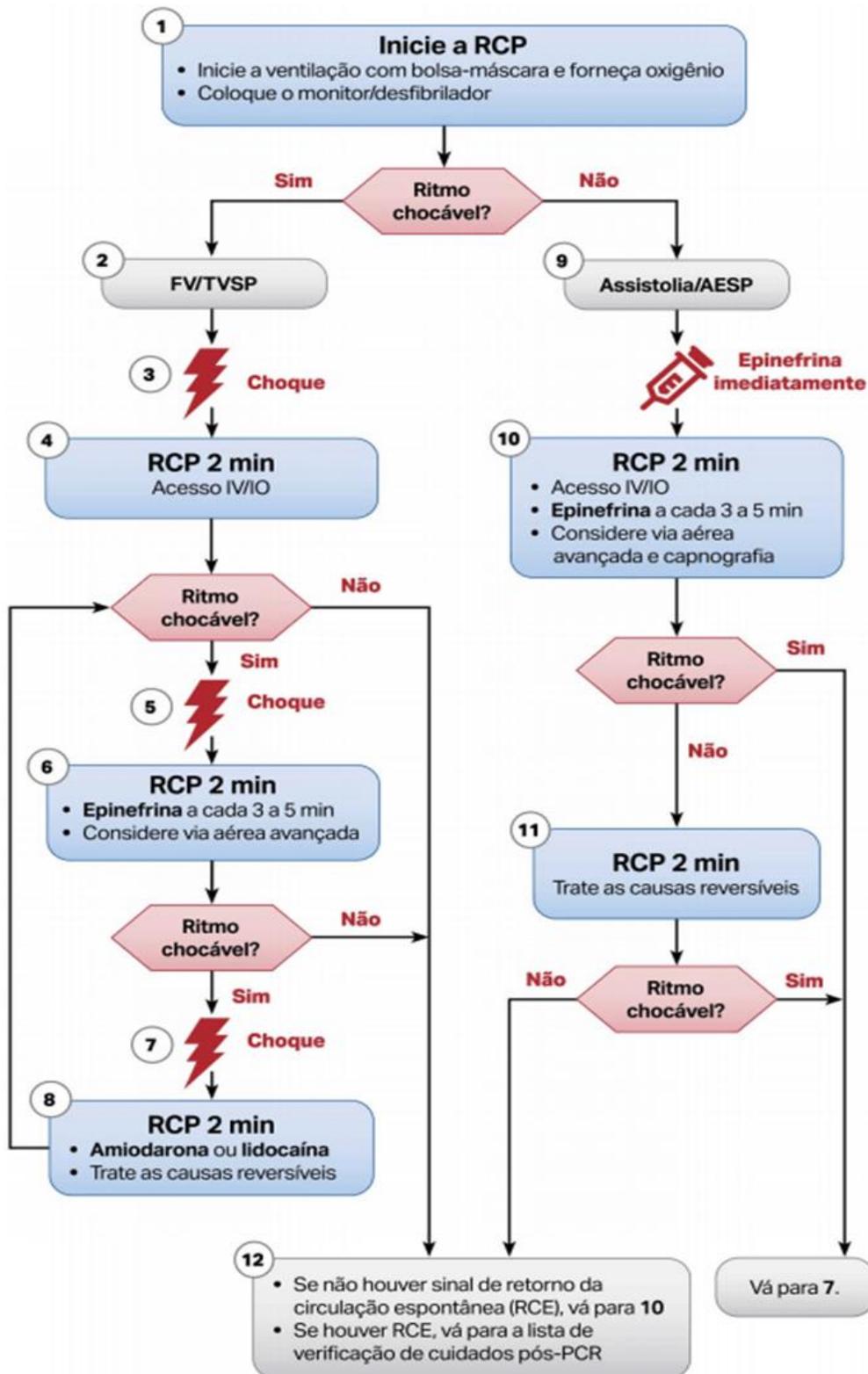
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidemia)
- Hipo/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax
- Tamponamento, cardíaco
- Toxinas
- Trombose coronária
- Trombose pulmonar

ALGORÍMTO DE ATENDIMENTO EM PCR NA PEDIATRIA AHA:



Qualidade da RCP

- Comprima com força ($\geq \frac{1}{3}$ do diâmetro torácico anteroposterior) e rapidez (de 100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax
- Minimize as interrupções nas compressões
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, em caso de cansaço
- Se estiver sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2
- Se tiver via aérea avançada, administre compressões contínuas e uma ventilação a cada 2 a 3 segundos

Carga do choque para desfibrilação

- Primeiro choque 2 J/kg
- Segundo choque 4 J/kg
- Choques posteriores ≥ 4 J/kg, máximo de 10 J/kg ou dose para adulto

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 0,1 mg/mL), dose máxima de 1 mg. Repita a cada 3 a 5 minutos. Se não tiver acesso IV/IO, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 1 mg/mL).
- **Dose IV/IO de amiodarona:** bolus de 5 mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida em um total de até 3 doses para FV/TV sem pulso refratária ou **Lidocaína, dose IV/IO:** inicial: dose de ataque de 1 mg/kg

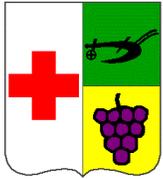
Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET

Causas reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidemia)
- Hipoglicemia
- Hipo/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose coronária
- Trombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 026	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ORAL E NASOFARÍNGEA				

OBJETIVO

Conservar via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, por meio da remoção de secreções.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Sistema de aspiração, sonda de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gazes, luvas de procedimento, luva plástica estéril, máscara, óculos para proteção.

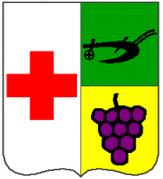
AÇÕES:

- Prescrever o procedimento (Enfermeiros);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Explicar ao paciente o procedimento;
- Colocar máscara e óculos de proteção;
- Reunir os materiais necessários e levar próximo ao paciente;
- Colocar o paciente em semi-Fowler ou sentado, quando possível;
- Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
- Calçar luvas;
- Segurar a extremidade da sonda com uma gaze ou calçar a luva plástica estéril na mão dominante;
- Retirar a sonda do pacote com a mão calçada na luva plástica/ou gaze;

- Ligar o aspirador;
- Introduzir a sonda clampeada (sem aspirar) na cavidade nasal e abrir quando estiver introduzida;
- Retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
- Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
- Introduzir a sonda clampeada (sem aspirar) na cavidade oral e abrir quando estiver introduzida;
- Retirar lentamente com movimentos circulares;
- Limpar a sonda de aspiração e o intermediário com água estéril (remoção do muco e secreções aderentes);
- Desprezar a sonda de aspiração;
- Retirar a luva;
- Organizar o ambiente;
- Lavar as mãos;
- Checar e registrar procedimento realizado, anotar aspecto das secreções bem como quantidade.

OBSERVAÇÕES:

- O frasco de aspiração deve ser esvaziado e trocado quando estiver com dois terços de sua capacidade, ou ao final de cada plantão,
- Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (embalagem da sonda de aspiração utilizada);
- Quando for necessário aspirar as duas cavidades (nasal e oral) faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e da faringe;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 027	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA				

OBJETIVO

Manter as vias respiratórias pérvias.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS:

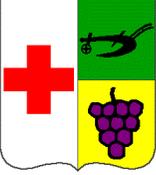
Bandeja, sistema de aspiração, luva estéril, sonda estéril, gazes, seringa, ampola de água destilada, bolsa-válvula-máscara-reservatório, luva de procedimento, óculos, máscara e avental de contágio.

AÇÕES:

- Prescrever o procedimento (Enfermeiro);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Explicar ao paciente o procedimento;
- Colocar os EPI'S (máscara descartável, avental e óculos de proteção);
- Adaptar o vacuômetro, o frasco coletor e a sonda de aspiração, sem retirá-la completamente da embalagem;
- Colocar o paciente em posição de semi-Fowler, quando possível;
- Calçar luvas;
- Calçar a luva estéril na mão dominante e segurar a sonda;
- Com a mão não dominante segurar o intermediário adaptando a sonda;
- Abrir a rede de vácuo (mão sem luva);

- Solicitar que o paciente faça uma inspiração profunda, quando possível, caso contrário realize uma hiperventilação;
- Inserir a sonda clampeada (sem aspirar) delicadamente e rapidamente por cerca de 12 a 14cm;
- Aspirar retirando a sonda em movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;
- Ventilar o paciente com bolsa-válvula-máscara-reservatório;
- Deixe o paciente descansar 20 a 30 segundos antes de repetir o procedimento, se necessário; fechar o vácuo;
- Desconectar a sonda e desprezá-la enrolando-a em uma das mãos e puxando a luva sobre a Sonda;
- Lavar o sistema com água destilada;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente organizado;
- Encaminhar material utilizado para o expurgo;
- Checar o cuidado na prescrição de enfermagem e registrar no IPM o procedimento realizado, descrevendo aspecto e a quantidade de secreção.

Observação: realizar o procedimento conforme a Resolução do COFEN 639/2020

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 028	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS				

OBJETIVO

Diminuir temperatura corporal, diminuir congestão e dor, proporcionar conforto e alívio ao cliente.

EXECUTANTE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bolsa de gelo, gelo e/ou água fria, bacia, jarro, compressas ou toalhas, luvas de procedimentos.

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto.

COMPRESSA FRIA:

- Calçar luvas;
- Preparar o paciente, expondo os locais de aplicação;
- Molhar toalhas e/ou compressas em água com temperatura adequada;
- Aplicar nas regiões frontal, axilar, inguinal e posterior do pescoço;
- Trocar as compressas a cada 3 min durante meia hora, observando as condições da pele;
- Enxugar o paciente e trocar a roupa de cama após a aplicação se necessário;
- Desprezar as compressas utilizadas no hamper;

- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

APLICAÇÃO DE BOLSAS DE GELO:

- Colocar a bolsa com água e gelo envolta em toalhas e/ou compressas, no local a receber o tratamento;
- Deixar durante o tempo prescrito;
- Recolher e guardar o material deixando o local em ordem;
- Encaminhar o material sujo e os resíduos para o expurgo;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 30	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS				

OBJETIVO

Promover vasodilatação local e reduzir o edema local.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

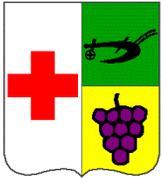
MATERIAIS: Bolsa de água quente de borracha, bacia, jarro, compressas ou toalhas, luvas de procedimento, água quente e bandeja.

AÇÕES:

- Verificar a prescrição médica e de enfermagem (o local e a duração);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- Calçar luvas;
- Colocar água quente na bacia;
- Testar a temperatura da água na face interna do seu antebraço;
- Preparar o paciente, expondo os locais de aplicação;
- Molhar as compressas e retirar o excesso de água;
- Molhar as compressas e retirar o excesso de água;
- Aplicar as compressas no local indicado, cobrindo-as com uma toalha, para evitar perda rápida de calor;
- Trocar as compressas assim que começarem a esfriar, substituindo-as por outras quentes;

- Repetir as aplicações até que se complete o tempo indicado;
- Observar as condições da pele durante todo o processo e ficar atento a anormalidades;
- Enxugar a área de aplicação e trocar a roupa de cama se necessário;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar as compressas utilizadas no hamper;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Deixar o ambiente organizado;
- Verificar se houve melhora para o paciente após a aplicação terapêutica;
- Checar e registrar o procedimento realizado, registrando o horário da aplicação, as condições das regiões de aplicação.

OBSERVAÇÕES: A aplicação de compressas quentes tem como finalidade relaxar a musculatura, aliviar a dor, aumentar a circulação sanguínea e a temperatura local.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 31	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA CATÉTER GÁSTRICO / ENTERAL				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por sonda enteral e/ou nasogástrica para pacientes com impossibilidade, dificuldade ou contraindicação de deglutição, auxiliando no tratamento terapêutico.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Medicamento prescrito, seringa 20 ml e copo, água filtrada, luvas de procedimento, estetoscópio.

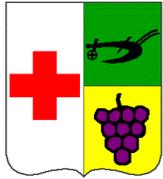
AÇÕES

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Se o medicamento for solução, aspirar à dose prescrita. Se for comprimido, retirar da embalagem e triture-o, após, dilua-o em 10ml de água destilada;
- Colar a etiqueta de identificação na seringa que contém o medicamento;
- Proteger a seringa com a própria embalagem e colocá-la em uma bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Solicitar ao paciente que sente ou elevar a cabeceira do leito, no mínimo 30°;
- Lavar as mãos;

- Calçar luvas;
- Testar o posicionamento do cateter com estetoscópio e seringa de 20ml;
- Abrir o cateter e adaptar a seringa que contém o medicamento;
- Injetar a medicação;
- Lavar o cateter administrando de 20-30ml de água (utilizar a própria seringa que continha o medicamento e aplique pressão moderada, a fim de remover resíduos de medicamentos do interior do cateter);
- Manter o cateter fechado (em caso de cateter gástrico em drenagem, mantenha-o fechado por 30 minutos);
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer as anotações de enfermagem no IPM.
- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Antes de triturar os comprimidos, certifique-se que eles podem ser triturados. Medicamentos sublinguais, com revestimento entérico ou de liberação lenta não podem ser triturados;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- Dissolver e administrar cada medicamento separadamente, lavando o cateter com água entre um medicamento e outro e após a administração do último;
- A expressão via cateter enteral é utilizada de modo geral para definir acesso ao sistema digestório por cateter oro ou nasogástrico, nasoentérico e ostomias de nutrição (gastrostomia e jejunostomia).

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Antes de triturar os comprimidos, certifique-se que eles podem ser triturados. Medicamentos sublinguais, com revestimento entérico ou de liberação lenta não podem ser triturados;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 32	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL				

OBJETIVO

Auxiliar no tratamento utilizando a via retal para a absorção de medicamento. Provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Nos casos de lavagens ou clister:
- Preparar a solução prescrita;
- Conectar o equipo de soro à sonda e retirar o ar do sistema;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Isolar o leito com um biombo;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Solicitar ao paciente que faça higiene da região anal, ou realizar se o paciente estiver impossibilitado;
- Posicionar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo);

- Entregar o medicamento ao paciente e oriente-o a colocá-lo (se houver possibilidade), caso contrário, introduza a extremidade no ânus do paciente. Use o dedo indicador para direcionar até que ultrapasse o esfíncter anal interno;
- Orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento, antes de eliminar o conteúdo intestinal;
- Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou coloque-lhe a comadre;
- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem;

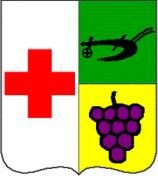
LAVAGEM (ENTEROCLISMA) OU CLISTER (ENEMA)

- Pendurar o frasco plástico que contém a solução prescrita no suporte de soro (50cm acima do nível do paciente)
- Solicitar ao paciente que faça higiene da região anal, ou realizar se o paciente estiver impossibilitado;
- Posicionar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo);
- Lubrificar a sonda retal ou a extremidade do frasco do enema com gel lubrificante;
- Calçar luvas, colocar máscara e óculos de proteção;
- Afastar as nádegas com gaze e introduzir a sonda retal (cerca de 10cm) ou a extremidade do frasco do clister;
- Abrir o equipo e infundir lentamente todo o volume da solução. No caso de enema, apertar o frasco até esvaziá-lo completamente.
- Solicitar ao paciente para tentar reter a solução de 5 a 15min;
- Retirar a sonda (ou o frasco de clister) e encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer a comadre;
- Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;

- Checar a prescrição médica;
- Registrar o procedimento no IPM.

OBSERVAÇÃO:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade)
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- Verificar as características das eliminações (presença de sangue, muco, cor consistência, odor e quantidade);
- A introdução de pequena quantidade de líquidos chama-se clister (até 150ml); acima desta quantidade é chamada enteroclisma ou lavagem intestinal

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 33	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OTOLÓGICA				

OBJETIVO

Auxiliar no tratamento utilizando a via retal para a absorção de medicamento. Provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

EXECUTANTE

Enfermeiro Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Medicamento prescrito, gaze, cuba rim, luvas de procedimento.

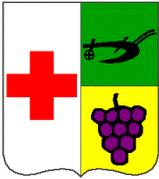
AÇÕES

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada lateralmente;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lobo para cima e para fora;
- Aquecer o frasco com as mãos antes de realizar a medicação;
- Instilar a quantidade de gotas prescritas, segurando o conta-gotas 1cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocar o frasco no paciente;

- Pedir ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 min;
- Reposicionar o paciente confortavelmente;
- Recolher e guardar o material deixando o local em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade)
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Para a aplicação de cremes, colocar o creme na extremidade de uma gaze e introduzi-la no ouvido;
- Recomenda-se que o frasco do medicamento seja de uso individual.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 34	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OFTÁLMICA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via oftálmica para auxílio no tratamento por ação local e no exame oftalmológico.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL: Medicamento prescrito, gaze, luvas de procedimento, bandeja.

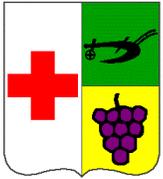
AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira do leito;
- Orientar ou realizar a lavagem dos olhos do paciente da extremidade interna do olho para a externa;
- Solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás;
- Afastar a pálpebra inferior, com os dedos e uma gaze;
- Solicitar que o paciente olhe para cima;

- Administrar a quantidade de gotas prescritas, aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival, tendo o cuidado para não tocar na conjuntiva do paciente;
- Se o paciente piscar, fechar o olho ou se a gota pingar fora da margem externa da pálpebra, repetir o procedimento;
- Secar o excesso de medicamento;
- Pomadas: Aplicar uma fina camada na parte média do fórnix inferior ou distribuir a pomada na extensão deste, sem tocar o frasco ou bisnaga na conjuntiva do cliente;
- Limpar o excesso com uma gaze;
- Reposicionar o paciente confortavelmente;
- Recolher e guardar o material deixando o local em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Recomenda-se que o frasco ou tubo do medicamento sejam de uso individual;
- Como medida de prevenção de infecções cruzadas, evitar o contato do material com a conjuntiva do paciente. Caso ocorra contato, descarte o produto.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 35	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/ infecciosas das vias respiratórias superiores ou para serem absorvidos sistematicamente

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL: Medicamento prescrito, gaze, bandeja.

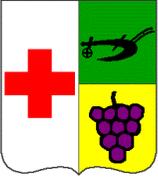
AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira do leito;
- Solicitar ao paciente para que limpe as narinas com lenços de papel ou gaze;
- Para o acesso do medicamento: à faringe posterior solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás; ao seio etmoide ou esenoide: colocar um travesseiro sobre os ombros e inclinar a cabeça do paciente para trás; aos seios frontais solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado;
- Pingar a quantidade de gotas prescritas do medicamento nas narinas, sem tocá-las;

- Reposicionar o paciente confortavelmente;
- Recolher e guardar o material deixando o local em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Recomenda-se que o frasco ou tubo do medicamento sejam de uso individual.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 36	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via intradérmica.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bandeja, luvas de procedimento, seringa de 1 ml, agulha de 25x7 e agulha de 13x4,5, algodão ou gaze, álcool 70%.

AÇÕES

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Aspirar o medicamento utilizando agulha 25mmx7mm e seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior;
- Trocar a agulha por outra de 13mmx 4,5mm;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Lavar as mãos;
- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
- Calçar luvas;

- Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% com movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Esticar a pele do local de aplicação, com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa;
- Introduzir a agulha (somente o bisel) na pele, formando um ângulo de 15°;
- Injetar o medicamento empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa e observar a formação de pápula;
- Retirar a agulha com um único movimento;
- Orientar o paciente a não friccionar o local;
- Recolher e guardar o material deixando o local em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade)
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- Administrar um volume máximo de 0,5 ml;
- Os locais indicados para a aplicação são a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- Em caso de PPD é necessário demarcar a área de aplicação com régua, a fim de medir a reação local posteriormente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 37	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via endovenosa.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Separar o frasco ou ampola, realizar limpeza com algodão embebido em álcool 70%, antes de quebrá-lo ou puncioná-lo;
- Fazer a reconstituição, se necessário, e aspirar o conteúdo do frasco na dose prescrita (agulha 40x12).
- Diluir o medicamento, se necessário.
- Colar na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- **Administração por acesso venoso já instalado**
- Limpar a conexão do acesso venoso com álcool 70%;
- Remover o protetor do catéter;
- Desconectar a agulha de proteção da seringa e conectar ao acesso venoso;

- Bloquear o acesso de outras medicações durante o período de administração;
- Observar o local adjacente ao acesso quanto à infiltração;
- Atentar para queixas de dor, desconforto ou alterações do estado geral do paciente, caso aconteça interromper a administração imediatamente;
- Após a administração: recolocar o protetor do catéter;
- Realizar salinização do catéter venoso;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- **Administração por punção venosa**
- Realizar a punção venosa, conforme o POP nº17;
- Conectar a seringa que contém o medicamento;
- Soltar o garrote;
- Injetar o medicamento no tempo recomendado;
- Observar sinais de infiltração no local;
- Após a administração: realize a salinização do cateter ou inicie a infusão de soro, se prescrito pelo médico;
- Desprezar o material utilizado corretamente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a administração da medicação;
- Checar o procedimento realizado;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;

- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Verificar a data de inserção do catéter venoso periférico. O catéter não deve permanecer no mesmo local por mais de 72 horas;
- Verificar a presença de dor, edema (pois indicam que a veia foi transfixada e que o líquido está extravasando nos tecidos) ou de flebite;
- Ficar atento às possíveis reações durante a administração de medicamentos, como reações pirogênicas e anafiláticas;
- Verificar a compatibilidade entre medicamentos administrados simultaneamente;
- Sempre que dois medicamentos injetáveis, incompatíveis entre si tiverem que ser administrados simultaneamente por uma mesma via de acesso, recomenda-se que estes sejam administrados separadamente e que após a administração do primeiro, a via de acesso seja “lavada” com solução fisiológica;
- Considerar as características do medicamento quanto à sua estabilidade e fotos sensibilidade;
- O tempo de administração é determinado em função do princípio ativo do medicamento, da ação desejada e do volume a ser administrado. Em geral, os modos e tempos de administração podem ser assim classificados:
 - Bolus: administração realizada em até 1 minuto.
 - Infusão rápida: administração realizada entre 1 e 30 minutos.
 - Infusão lenta: administração realizada entre 30 e 60 minutos.
 - Infusão contínua: Administração realizada em tempo superior a 60 minutos, ininterruptamente.
 - Infusão intermitente: Administração realizada em tempo superior a 60 minutos, não-contínua.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 38	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR				

OBJETIVO

Orientar e padronizar a administração de medicamentos por via intramuscular.

EXECUTANTE

Enfermeira e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bandeja; Medicamento prescrito; Meio de identificação (caneta vermelha e/ou azul, fita, esparadrapo, etiqueta própria); Seringa conforme volume a ser administrado; 02 agulhas (uma para preparar 40 x 12) e outra para administrar o medicamento 25x7, compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado); Recipiente com algodão embebido em álcool a 70%; Meio para acondicionamento de resíduo luvas de procedimento.

AÇÕES

- Higienizar as mãos conforme técnica estabelecida pela instituição;
- Verificar os certos;
- Colocar o ponto de referência no horário correspondente ao medicamento a ser administrado;
- Fazer a desinfecção de toda ampola com algodão embebido em álcool 70%, e proteger os dedos com algodão ao destacar o gargalo da ampola;
- Proteger os dedos com algodão ao retirar a tampa metálica do frasco ampola, e fazer desinfecção da borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- Abrir o invólucro da seringa e observar para que o êmbolo não seja tocado;

- Ao abrir o invólucro da agulha obedecer aos princípios de assepsia;
- Conectar a agulha de preparo na seringa;
- Colocar a ampola entre os dedos indicador e médio em uma das mãos, introduzir a agulha na ampola, tomando cuidado para não tocá-la na borda externa e aspirar a solução ;
- Após, introduzi-lo no frasco do medicamento e homogeneizar o pó com movimentos uniformes, e sem sacudir; • Observação: volumes indicados para essa via: Região Deltoide: até 2 ml; Região Dorso glútea: até 4 ml; Região Ventre glútea: até 4 ml; Região Vasto lateral da coxa: 4ml.;
- Retirar o ar da seringa, colocando-a verticalmente com a agulha voltada para cima;
- Trocar a agulha de preparo por agulha própria para administrar o medicamento;
- Levar o medicamento até o leito do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome completo, enfermaria e leito;
- Apresentar-se para o paciente, explicar o procedimento a ser realizado;
- Selecionar a área a ser administrado o medicamento (deltoide, dorso glúteo, ventre glúteo ou vasto lateral da coxa);
- Colocar o paciente em posição favorável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% em sentido único;
- Utilizar técnica em Z para todas as medicações ou principalmente para as mais irritantes (puxar com a face ulnar da mão a pele e tecidos subjacentes por 2 a 3 cm, administrar o medicamento e remover agulha após 10 segundos, somente então liberar a pele).
- Colocar o algodão seco, entre o dedo mínimo e anular da mão que aplicará a medicação;
- Com a mão dominante, injete a agulha rapidamente em ângulo de 90° no músculo (local escolhido) e segure a parte inferior do tubo da seringa com a mão não dominante para estabilizar a seringa, continue a segurar a pele;
- Aspirar tracionando o êmbolo e observar o retorno de sangue na seringa. Na presença de sangue, retirar a agulha e aplicar pressão no local;
- Repetir o procedimento em outro local. Não havendo presença de sangue, aplicar o medicamento injetando lentamente;
- Esperar 10 segundos, remover a agulha no mesmo ângulo da inserção e liberar a pele;
- Aplicar uma pressão no local com algodão;

- Durante todo o procedimento, a mão que introduz a seringa permanece segurando-a, até o momento da retirada, mantendo o conjunto firmemente posicionado;
- Colocar o material utilizado na bandeja, e não reencapar a agulha;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Descartar resíduos gerados, segundo protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos conforme técnica estabelecida pela instituição;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações no prontuário;

TÉCNICA EM Z



LOCAIS INDICADOS PARA APLICAÇÃO DE IM E RESPECTIVOS VOLUMES:

Glúteo: região dorso glútea	Quadrante superior lateral - 5ml
Vasto Lateral	Terço médio – 4 ml
Glúteo: região ventro glútea	Hochstetter – 4 ml – Aplicado no centro do V formado pelas seguintes vértices: palma da mão na porção do trocânter

	maior, o dedo indicador na espinha íliaca Antero-superior e o dedo médio estendendo-se até a crista íliaca.
Deltóide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio – 2 ml. Não utilizar este local em pacientes que apresentem complicações vasculares, parestesia, paralisia ou que sofreram mastectomia.

Locais de Aplicação

Deltóide



Região Dorsoglútea



Região Ventroglútea



Vasto Lateral



Carmagnani, 2012.

ORIENTAÇÕES

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;

- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- O medicamento administrado por via IM não deve ser reconstituído em soluções não indicadas, nem misturado com qualquer outro medicamento na mesma seringa;
- Os locais de aplicação (músculos) deverão 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.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 39	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via subcutânea (SC). Para uma absorção gradual e sistêmica de medicamentos por via parenteral/Obter uma absorção mais rápida do que pela via enteral.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

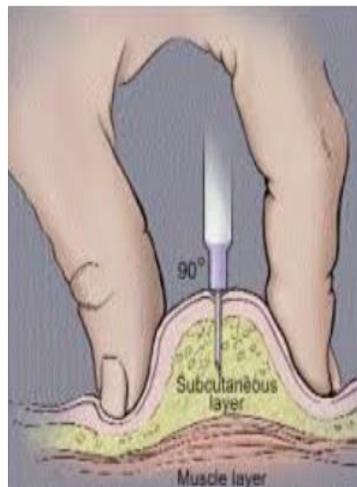
MATERIAL

Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, seringa de 1 ml, agulha 13 mm x4,5 mm, seringa 25 mm x 7 mm, algodão e álcool 70%.

AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Separar o frasco ou ampola, realizar limpeza com algodão embebido em álcool 70%, antes de quebrá-lo;
- Aspirar o conteúdo do frasco na dose prescrita com agulha 25mm x 7 mm e seringa de 1 ml;
- Retirar o ar da seringa;
- Trocar a agulha por outra de 13 mm x 4,5 mm;
- Colar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Explicar o procedimento ao paciente;

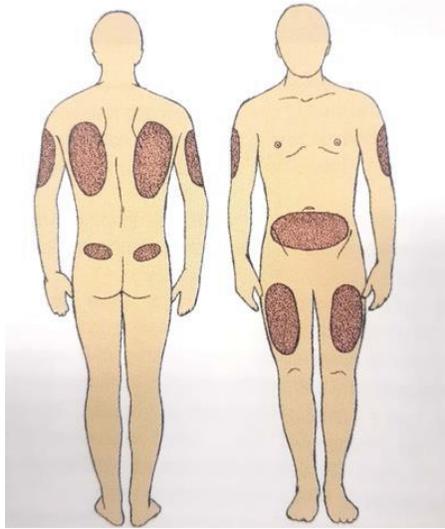
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Expor a área de aplicação e delimite o local;
- Realizar a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, com movimentos circulares do centro para as extremidades;
- Pinçar a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa;
- Introduzir a agulha na pele, fazendo com esta um ângulo de 90°. Não tracionar o êmbolo;
- Injetar o medicamento;
- Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único, aplicando pressão leve, com algodão seco, no local da aplicação;
- Colocar a agulha e a seringa, sem proteção, em um recipiente resistente a perfurações;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a administração da medicação;
- Registrar o procedimento realizado na anotação de enfermagem.

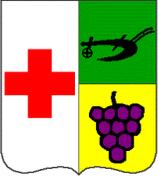


OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Em condições especiais, como no paciente idoso, a via SC também pode ser utilizada para hidratação;
- Não se deve fazer massagem no local para não diminuir o tempo de absorção do fármaco;
- Em crianças ou pacientes muito magros, se necessário, pode-se pinçar a pele e inserir a agulha a um ângulo de 45°, para evitar aplicação intramuscular do medicamento.

LOCAIS DE APLICAÇÃO: face externa e posterior do braço, abdômen, face lateral da coxa e região infraescapular. Esses locais devem ser alternados.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 40	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL				

OBJETIVO

Administrar medicação por via oral.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS: Medicamento prescrito, copo descartável, copo com água. Se necessário: seringa de 20 ml, conta-gotas, triturador de comprimidos.

AÇÕES:

- Higienizar as mãos;
- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário;
- Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, no mínimo três vezes, verificando a data de validade e possíveis alterações no medicamento;
- Colocar a medicação em copo descartável ou gaze, de acordo com dosagem prescrita, identificando-o com o nome do paciente, o número do leito e o nome do medicamento com dose, via e horário de administração;
- Levantar o medicamento até o leito do paciente em uma bandeja;
- Verificar se o nome do cliente confere com a prescrição, esclarecendo-o sobre a medicação que irá receber e, verificando possíveis reações alérgicas anteriores;
- Oferecer água para ajudar na deglutição;
- Permanecer ao lado do paciente até que este degluta todo o medicamento, certificando-se da deglutição;
- Higienizar as mãos;

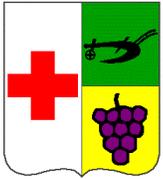
- Checar o medicamento no prontuário e anotar qualquer intercorrência.

PONTOS IMPORTANTES:

- Alguns comprimidos podem ser macerados e misturados á água;
- Os comprimidos com revestimentos protetores estomacais devem ser tomados inteiros;
- As desvantagens desta via são:
- Pode acarretar irritação gástrica;
- Não é possível controlar totalmente a quantidade de medicamento absorvido pelo organismo;
- É uma via lenta, quanto à absorção;
- Está contraindicada em pacientes comatosos e com dificuldades de deglutição. Os medicamentos devem ser ingeridos de preferência fora do horário das refeições, para obter uma absorção mais rápida.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Os comprimidos, conforme necessidade e a fim de facilitar sua deglutição, poderão ser triturados e diluídos em água;
- Caso haja impossibilidade do paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las; é necessário verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa (apresentação e via de administração).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 41	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL				

OBJETIVO

Auxiliar no tratamento terapêutico.

EXECUTANTE

Enfermagem e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bandeja, medicamento prescrito, copo descartável.

AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Colocar o medicamento em um copo descartável;
- Colar a etiqueta de identificação do medicamento no copo descartável;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Entregar o medicamento ao paciente, orientar a colocá-lo embaixo da língua, sem mastigar ou deglutir;
- Recolher e guardar o material deixando o ambiente organizado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar a medicação;
- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Ler atentamente a prescrição médica, observando o nome do paciente, o medicamento, a dosagem, a via e o horário de administração;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento à validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- Certificar-se de que medicamentos podem ser administrados por via sublingual (apresentação própria);
- Verificar o nível de consciência do paciente, a fim de avaliar se a terapêutica medicamentosa por via sublingual deve ser revista, junto ao médico.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 42	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO TÓPICA				

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via dermatológica.

EXECUTANTE

Enfermeira e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bandeja, medicamento prescrito, gaze, espátula, luvas de procedimento.

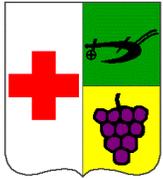
AÇÕES:

- Conferir a prescrição médica;
- Fazer a etiqueta de identificação, contendo as informações do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e o leito);
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento;
- Explique o procedimento ao paciente;
- Calçar luvas;
- Expor a área de aplicação e realizar higiene no local, se necessário;
- Colocar o medicamento em uma gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada (se necessário, utilize uma espátula);
- Aplicar no local indicado e espalhar delicadamente;
- Recolher o material utilizado, deixando o ambiente organizado;
- Lavar as mãos;
- Checar a administração do medicamento;

- Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Verificar os 9 certos;
- Todo medicamento deverá ser checado após a sua administração e, se não tiver sido administrado, deve-se circular o horário e registrar o motivo na anotação de enfermagem;
- O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade, sujidade);
- Ficar sempre atento a validade do medicamento;
- Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinado medicamento;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- O próprio paciente pode fazer a aplicação do medicamento, desde que tenha fácil acesso à área e que esteja bem orientado quanto ao procedimento;
- Aplicar somente em pele intacta, exceto medicamentos para tratamento de feridas. Se houver ferida aberta deve-se utilizar técnica asséptica;
- Em caso de uso de bisnagas, desprezar a primeira porção e aplicar a segunda sobre a gaze, sem tocá-la;
- Antes de aplicar o medicamento, limpar a pele, lavando cuidadosamente a área.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 43	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
COLETA DE SANGUE ARTERIAL PARA GASOMETRIA				

OBJETIVO

Sistematizar o processo de coleta de sangue para Gasometria Arterial em pacientes; Auxiliar no diagnóstico, conduzir terapêutica e detectar o nível dos gases (O₂ e CO₂) no sangue, avaliando a adequação da oxigenação e ventilação e o estado ácido básico através da medição dos componentes respiratórios e não respiratórios.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Confirmar a prescrição médica para a realização do procedimento;
- Reunir todo material em uma bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação com o nome, a data e horário de coleta;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local da punção;
- Garrotear o local de acesso venoso, a fim de proporcionar a dilatação da veia;
- Em caso de coleta para hemocultura, retirar o flip do frasco e realizar a assepsia da borracha com gaze estéril embebida em álcool a 70%; despreze a gaze e repita o procedimento, deixando uma gaze com álcool protegendo a borracha até a inoculação do sangue;
- Solicitar ao paciente que mantenha o braço imóvel;
- Manter algodão seco ao alcance das mãos;

- Localizar o acesso venoso;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Não voltar a tocar no local da punção;
- Puncionar a veia com uma agulha hipodérmica ou um escalpe mais adequado ao paciente;
- Coletar a quantidade necessária;
- Retire o garrote;
- Realizar pressão local com algodão seco, após a punção;
- Puncionar o frasco com a mesma agulha da coleta;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material utilizado recolocando-o na bandeja;
- Descartar o material perfuro cortante em recipiente adequado, não reencapar a agulha;
- Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e higienize-a com álcool a 70%;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Higienizar a mãos;
- Colocar a etiqueta de identificação;
- Providenciar encaminhamento ao laboratório;
- Fazer anotações pertinentes no prontuário do paciente.

TUBOS PARA COLETA DE SANGUE



AZUL

CITRATO DE SÓDIO

TAP, KPTT.



VERMELHO

SEM ANTICOAGULANTE

SÓDIO, POTÁSSIO, BILIRRUBINAS, GLICOSE, URÉIA, CREATININA, PCR, TGO, TGP, BETA QUALITATIVO, AMILASE, LIPASE, TROPONINA, CPK E CKMB.



ROXO

EDTA

HEMOGRAMA e PLAQUETAS.



CINZA

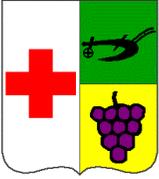
FLUORETO

LACTATO (ACIDO LÁTICO)

Deixar o vácuo aspirar o volume de sangue necessário.

Inocular primeiro no tubo azul (quando houver tap), segundo vermelho, terceiro no tubo roxo e por ultimo no tubo cinza (quando houver lactato). Misturar por inversão de 5 a 10 vezes.

Orientações cedidas pelo Clinilab - laboratório de análises clínicas e diagnósticos por imagem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 44	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
HIGIENE ÍNTIMA FEMININA				

OBJETIVO

Prevenir infecções, preparar pacientes para exame ginecológico e coleta de urina para exames.

EXECUTANTE

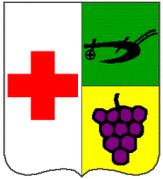
Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja ou carrinho de banho e leve para o quarto da paciente;
- Explicar o procedimento a paciente;
- Promover privacidade à paciente colocando biombo ou fechando a porta;
- Retirar as vestes da paciente;
- Posicioná-la em posição ginecológica, cobrindo-a com um lençol, e elevar a cabeceira para proporcionar maior conforto;
- Colocar o forro e a comadre sob a paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pedir para a paciente testar a temperatura da água;
- Remover com papel higiênico ou compressa úmida se houver material fecal;
- Separar os grandes lábios com a mão dominante, expondo o meato urinário e o orifício da vagina;
- Derramar pequena quantidade de água sobre a vulva;
- Ensaboar com a compressa, a região pubiana, a vulva e o períneo de cima para baixo;
- Enxaguar e enxugar delicadamente a região perineal e perianal com uma toalha;

- Retirar a comadre e o forro;
- Colocar as vestes na paciente;
- Recolher o material do quarto e deixar a paciente confortável;
- Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e higienize-a com álcool a 70%
- Retirar as luvas de procedimentos
- Higienizar a mãos
- Fazer anotações pertinentes no prontuário do paciente (IPM).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 45	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA				

OBJETIVO

Prevenir infecções, preparar pacientes para exame urológico e coleta de urina para exames.

EXECUTANTE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

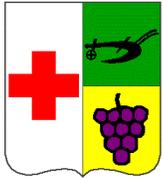
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Bandeja ou carrinho, biombo, lençol, forro, comadre, luvas de procedimento, jarro com água morna, sabonete neutro, compressa e toalha.

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja ou carrinho de banho e levar para a beira do leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover privacidade ao paciente com biombo ou fechando a porta;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar as vestes do paciente;
- Posicioná-lo em posição dorsal confortável, cobrindo-o com um lençol, e eleve a cabeceira para proporcionar maior conforto;
- Colocar o forro e a comadre sob o paciente;
- Pedir para a paciente (caso esteja consciente) testar a temperatura da água;
- Remover com papel higiênico ou compressa úmida se houver material fecal;
- Erguer o pênis do paciente e derrame pequena quantidade de água na região genital;
- Retrair o prepúcio;

- Ensaboar, com compressa, primeiramente a cabeça do pênis e o meato uretral, utilizando movimentos circulares de dentro para fora. Após, enxaguar;
- Retornar o prepúcio à posição inicial;
- Ensaboar, com compressa, primeiramente o corpo do pênis de cima para baixo; e posteriormente, realizar o enxague;
- Instruir o paciente a afastar um pouco as pernas;
- Ensaboar a bolsa escrotal e a região ao redor e na sequência enxaguar.
- Enxugar delicadamente o pênis, o escroto e a região perianal com uma toalha;
- Retirar a comadre e o forro;
- Colocar as vestes no paciente;
- Recolher o material do quarto e deixar o paciente confortável;
- Dispensar comadre e jarro em recipiente para materiais a serem encaminhados a central de materiais
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Higienizar a mãos;
- Fazer anotações pertinentes no prontuário do paciente IPM).

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 46	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
DESINFECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SETORES				

OBJETIVOS

Remover sujidades e destruir microrganismos patogênicos da superfície em serviço e saúde utilizando saneantes hospitalares (escala de desinfecção no armário dos enfermeiros, deverá ser realizado aos domingos conforme escala).

EXECUTANTES

Enfermeiros e Auxiliar e Técnicos de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Saneante hospitalar, álcool 70%, compressas limpas e secas, água corrente, escovas de cerdas macias, recipiente plástico, EPIs.

LIMPEZA:

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;
- Realizar diariamente a limpeza dos setores;
- Realizar a desinfecção com compressa embebida em álcool 70%, das mesas e bancada no início e término de cada plantão;
- Deixar os armários, bancadas e carrinhos em ordem e com as portas devidamente fechadas;
- Manter o setor limpo e organizado.

DESINFECÇÃO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;

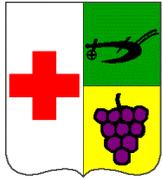
- Realizar a limpeza e desinfecção dos setores conforme a escala estabelecida (todos os domingos), está se encontra na sala dos enfermeiros;
- Realizar a desinfecção das superfícies com álcool 70%;
- Higienizar as mãos;
- Enfermeiros supervisionar o cumprimento das normas.

LIMPEZA DA AUTOCLAVE:

- A limpeza da autoclave deverá ser feita sempre que realizar a limpeza da sala de esterilização;
- Realizar a limpeza com compressa embebida em água e saneante específico dentro e fora, com o cuidado de não derramar água na autoclave;
- Enxaguar com outra compressa e secar;
- Realizar a desinfecção da autoclave com compressa embebida em álcool 70%, dentro e fora.

OBSERVAÇÕES:

- Limpeza e organização: diária;
- Desinfecção: semanal conforme a escala estipulada na sala dos enfermeiros

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 47	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
PREPARO DO MATERIAL PARA ESTERELIZAÇÃO				

OBJETIVO

Organizar o processo de trabalho do profissional na área de secagem e preparo de materiais e instrumentais.

EXECUTANTE

Auxiliares e Técnico de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de saúde bucal.

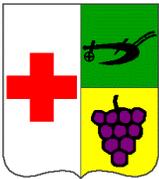
MATERIAL

- EPI (avental impermeável, máscara cirúrgica, touca, óculos e proteção, luvas de borracha e sapato fechado);
- Sabão neutro ou enzimático (preferencialmente);
- Álcool a 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição;
- Selecionar as peças de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade;
- Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização;
- Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço;
- Pinças, tesouras e afins devem estar abertos, de forma a facilitar a penetração do vapor;

- Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microrganismos;
- Confeccionar “pacotes teste desafio”, preparados para conter a ampola do indicador biológico (feitos com 4 gases, sendo que exatamente no meio é inserido a ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado) e indicador químico, seguindo a periodicidade de cada um;
- Identificar os pacotes com: data da esterilização; data de validade; ciclo e funcionário responsável;
- As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material;
- Manter a sala em ordem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 48	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ESTERELIZAÇÃO DE MATERIAL				

OBJETIVOS

Organizar o processo de trabalho do profissional da área de esterilização.

EXECUTANTES

Auxiliares e Técnico de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de saúde bucal

MATERIAL

- EPI (jaleco, máscara cirúrgica, touca, luvas, sapato fechado);
- Detergente enzimático;
- Escovas;
- Campos de tecido;
- Pacote teste desafio – Bowie & Dick;
- Sabão líquido;
- Alcool a 70%;
- Impressos específicos para registro;
- Impresso de controle de resultado.

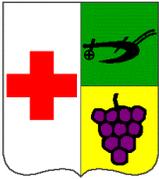
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;
- Fazer limpeza da autoclave, conforme recomendação do fabricante;
- Higienizar as mãos, novamente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor;
- Montar a carga de acordo com as orientações básicas: colocar os pacotes na posição vertical no rack; o material não deve entrar em contato com as paredes da câmara; deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor; 98 posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack; o papel grau cirúrgico deve ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote;

- Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo;
- Utilizar no máximo 70% da capacidade da autoclave;
- Posicionar o 'pacote teste desafio' no local com maior dificuldade de circulação de vapor, (preferencialmente em cima do dreno) de acordo com a periodicidade de cada um;
- Programar o ciclo de esterilização de acordo com o funcionamento da autoclave, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização;
- Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão, entreabrir a porta da autoclave aguardando 10 minutos para retirar o material;
- Após o esfriamento dos pacotes, observar: modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor; integridade do pacote, presença de umidade, manchas, sujidades e perfurações; separar o 'pacote teste desafio', para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em ficha de resultado;
- Solicitar orientação do enfermeiro ou cirurgião – dentista sempre que houver dúvidas na execução das atividades;
- Manter a sala em ordem

OBSERVAÇÕES

- As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos sugerirem que os materiais não foram expostos a esterilização;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 49	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
LIMPEZA DA AUTOCLAVE				

OBJETIVO

Garantir a funcionalidade do equipamento.

EXECUTANTE

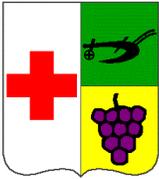
Auxiliares e Técnico de Enfermagem, Enfermeiros e Técnicos em saúde bucal.

MATERIAL

- Detergente;
- Alcool à 70%
- Esponja de aço
- Pano limpo;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Desligá-la da tomada;
- Lavar uma vez por semana com água, na câmara interna deixando-a escorrer pelo ralo de dentro;
- Tirar as grades e lavá-las com esponja de aço, evitando resíduos;
- Observar para que papel ou fita não caia no ralo da autoclave, ocasionando danos ao equipamento;
- Enxaguar com pano úmido limpo;
- Friccionar com álcool 70%;
- Manutenção preventiva a cada 06 meses pelo técnico;
- Registrar a limpeza e manutenção em livro ata.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 50	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS EM SALA DE IUNIZAÇÃO				

OBJETIVO

Realizar a limpeza necessária para evitar contaminação do ambiente de conservação dos imunobiológicos e conseqüentemente perdas ou alterações dos produtos.

EXECUTANTE

Auxiliares e Técnico de Enfermagem, Enfermeiros

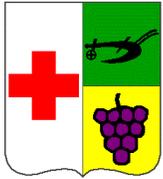
MATERIAL

Panos para limpeza;

- Álcool à 70%;
- Água e sabão neutro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Transferir os imunobiológicos para outra geladeira, se houver, ou para uma caixa térmica previamente organizada com as bobinas de gelox;
- Não mexer no termostato;
- Desligar a tomada e abrir a porta ou tampa;
- Limpeza interna apenas com pano limpo e seco e desinfecção com pano limpo com álcool 70%;
- Limpar externamente, com um pano umedecido em solução de água com sabão neutro;
- Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão;
- Não jogar água no interior do equipamento;
- Ligar o refrigerador e fechar a porta;
- Manter a porta fechada pelo tempo necessário até alcançar a temperatura recomendada; Após a estabilização da temperatura, reorganizar os imunobiológicos;
- Manter a sala em ordem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 51	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGENIO E CÂNULAS DE GUEDEL				

OBJETIVO

Realizar a limpeza do material de oxigenoterapia e cânulas de guedel após sua utilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Saneante hospitalar, hipoclorito de sódio a 1%, álcool 70%, compressas limpas e secas, escova de mamadeira de cerdas macias, esponja macia, recipiente plástico opaco com tampa, EPIs.

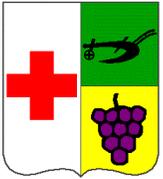
AÇÕES:

- Colocar os EPIs;
- Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
- Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e saneante específico usando a esponja de limpeza;
- Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
- Lavar as cânulas de guedel externamente e internamente utilizando a esponja macia e a escova de mamadeira respectivamente;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar para escorrer sobre pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);

- Retirar o material da solução de hipoclorito utilizando luvas de procedimento ou pinça longa, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
- Friccionar álcool 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;
- Guardar em recipiente limpo com tampa.

OBSERVAÇÕES:

- Procedimento sempre após a utilização.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 52	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO				

OBJETIVO

Realizar a limpeza e desinfecção dos cabos e lâminas do laringoscópio após sua utilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

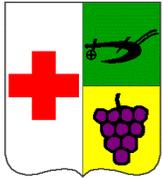
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Detergente enzimático, álcool 70%, compressas limpas e secas, água corrente, escova de mamadeira de cerdas macias, esponja macia, recipiente plástico opaco com tampa, EPIs.

AÇÕES

- Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de água e detergente, lavando com a esponja/escova de mamadeira (não deixar de molho);
- Enxaguar abundantemente em água corrente;
- Secar a lâmina com pano limpo;
- Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina;
- Limpar o cabo do laringoscópio com compressa umedecida em solução de água e detergente;
- Remover a solução detergente com compressa umedecida em água e secar;
- Friccionar álcool 70% no cabo conforme rotina;
- Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento;
- Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 53	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ				

OBJETIVO

Realizar a limpeza no ambú e acessórios após a sua utilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Detergente enzimático, hipoclorito de sódio a 1%, compressas limpas e secas, esponja macia, escova de mamadeira com cerdas macias, recipiente plástico, EPIs.

AÇÕES

- Desmontar o ambú (retirar a máscara e conexões);
- Lava a bolsa ventilatória externamente e internamente utilizando esponja, escova macias, água e detergente;
- Lavar a máscara e conexões com água e detergente;
- Enxaguar em água corrente e secar;
- Imergir máscara, conexões e bolsa ventilatória em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- Retirar da solução de hipoclorito utilizando luvas de procedimento ou pinça longa e enxaguar em água corrente;
- Secar, montar e testar o ambú antes de embalar;
- Guardar em recipiente tampado.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 54	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO)				

OBJETIVO

Realizar a limpeza do material de inalação após a sua utilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS

Detergente enzimático, hipoclorito de sódio a 1%, compressas limpas e secas, recipiente plástico opaco com tampa, seringa de 20ml, EPIs.

AÇÕES:

- Colocar EPIs;
- Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
- Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;
- Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior da parte interna;
- Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;
- Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
- Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
- Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos no recipiente opaco com tampa;
- Retirar as peças da solução com luvas de procedimento ou uma pinça longa;
- Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;

- Secar com pano limpo e seco ou ar comprimido;
- Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
- Manter a área limpa e organizada.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 55	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL				

OBJETIVO

Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

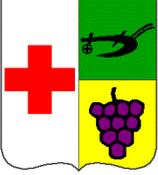
MATERIAIS

EPI's (gorro, protetor auricular caso haja ruídos excessivos, óculos, máscara, avental impermeável descartável, luva nitrílica e/ou de procedimento, botas ou calçados impermeáveis); detergente enzimático; escovas; caixas plásticas; papel grau cirúrgico.

AÇÕES:

- Usar EPIs para iniciar a limpeza do instrumental;
- Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
- Separar as pinças de pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes, com água e detergente;
- Lavar o restante do instrumental;
- Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente enzimático por 5 minutos, para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
- Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sobre os pequenos e leves;
- Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;

- Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 56	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS				

OBJETIVO

Realizar a remoção física por ação mecânica da sujidade, promovendo redução de microrganismos das superfícies das almotolias.

EXECUTANTES

Auxiliares e Técnico de Enfermagem, Enfermeiros.

MATERIAIS

EPIs; Esponja; compressas ou panos limpos; Recipiente plástico com tampa; Sabão/detergente; Água corrente; Pinça longa; Hipoclorito de sódio 1%; Rótulo e fita adesiva.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPIs indicados;
- Prepara a solução com água e detergente;
- Esvaziar as almotolias;
- Lavar interna e externamente, incluindo a tampa;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora, em água corrente;
- Colocar as almotolias e tampas para escorrer sob um pano limpo e seco e/ou papel toalha;
- Imergir as almotolias em solução hipoclorito de sódio 1%, durante 30 minutos;
- Retirar da solução e enxaguar rigorosamente em água corrente;
- Deixar escorrer sobre um pano limpo ou papel toalha, até secar;
- Reabastecer para uso;
- Rotular a almotolia.

OBSERVAÇÕES

- A quantidade de solução na almotolia deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal;
- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia;
- O processo de limpeza e desinfecção deve ocorrer no mínimo a cada 7 dias;
- Na sua indisponibilidade, utilizar etiqueta de papel.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 57	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
PACIENTES ENCAMINHADOS PELO SAMU ADMISSÃO /SALA DE EMERGÊNCIA.				

OBJETIVO

Garantir avaliação prioritizada no setor de emergência; garantir atendimento emergencial pelo plantão do setor e responsabilizá-los pelas condutas tomadas. Diminuir risco de complicações.

EXECUTANTE

Plantonista do SAMU/ Médico Plantonista Emergência.

Equipe de Enfermagem escalada na sala de emergência.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Admitir todos os pacientes removidos de SAMU, pela sala de emergência, verificar sinais vitais, para avaliação e conduta do médico do setor. (EMERGÊNCIA);
- Após avaliação e/ou estabilização, passar plantão ao médico que irá recebê-lo. (seja observações ou RP) e encaminhar ao setor de destino;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 58	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
PACIENTES ATENDIDOS COM DOR TORÁCICA				

OBJETIVO

Garantir avaliação atendimento; garantir o atendimento ao paciente com queixa de dor torácica em tempo preconizado pelos protocolos de classificação de risco. Garantir que o paciente seja inserido no protocolo de dor torácica no caso de preencher os critérios. Diminuir risco de complicações e óbito por síndrome coronariana aguda.

EXECUTANTE

Enfermeiros e Médico plantonista da sala de emergência

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Enfermeiro da Classificação de Risco, sempre que acolher “queixa de dor torácica” necessita preencher o Formulário do Protocolo de Dor Torácica, itens 1 e 3 e os dados vitais do item 6 e, em seguida encaminhar o paciente para a realização do eletrocardiograma.
- Com o eletrocardiograma e formulário preenchido, paciente deverá ser avaliado pelo médico escalado no setor de emergência que definirá se será atendido em seu setor ou priorizado para atendimento no corredor, este deverá carimbar e assinar o resultado do ECG, colocando ciente.
- O médico que realizar o atendimento ficará responsável pelo preenchimento dos itens restantes assim como pela adequada conduta frente ao caso.
- Em caso de preencher critérios para ser inserido no Protocolo, isto deverá ser feito imediatamente via central 192 e em caso de negativa, esta deve ser registrada em prontuário.
- Em caso de encaminhamento para outro serviço, pelo protocolo, o formulário deve ser encaminhado anexo a referência.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 59	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
FLUXO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES ENCAMINHADOS PELO SAMU				

OBJETIVO

Atendimentos especializados aos pacientes encaminhados pelo SAMU no Pronto Atendimento Maracanã.

EXECUTANTE

Profissionais do SAMU, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

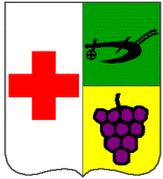
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Admitir TODOS os pacientes provenientes do SAMU na sala de emergência;
- Acomodar o paciente na maca da emergência;
- Verificar SSVV;
- Realizar avaliação médica;
- Realizar a classificação de risco pelo enfermeiro;
- Realizar atendimento na sala de emergência ou destinar o paciente conforme a classificação de risco;
- Realizar evolução médica e de enfermagem;

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- A HAS deverá ser assinada exclusivamente pelo profissional médico;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 60	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE AGITADO / E OU AGRESSIVO				

OBJETIVO

Atender e imobilizar de forma segura o paciente que se apresente em estado de agitação e agressividade;

EXECUTANTE

Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem.

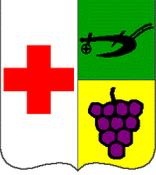
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Avaliar grau de agitação e agressividade;
- Avaliar risco para integridade física do próprio paciente e demais sendo: familiares, pacientes e profissionais;
- Realizar a contenção mecânica, somente após prescrição médica;
- Orientar o paciente e seus familiares sobre o procedimento, salientando o motivo, a duração prevista e as possíveis complicações.
- Separar material necessário;
- Avaliar ambiente onde será aplicado: leito, objetos próximos, condições de grades;
- Restringir primeiro os membros superiores e depois membros inferiores, utilizando compressas sob as faixas;
- Evitar restringir o tórax. Caso necessário, utilizar lençóis que serão fixados nas cabeceiras das macas ou camas. Neste caso proteger as axilas dos pacientes com compressas.
- Registrar detalhadamente a necessidade de restrição mecânica como: motivo, horário, área restrita, reação do paciente;
- Acrescentar cuidados com restrição mecânica na prescrição de enfermagem;

- Reavaliar o paciente a cada hora, considerando a necessidade ou não de manutenção da restrição e a associação com outras medidas terapêuticas;
- Manter o paciente na sala de emergência caso o mesmo esteja restrito em tábua rígida; atenção para o tempo máximo de paciente em tábua, não ultrapassar tempo limite (30 minutos).
- Manter o paciente em quarto privativo se o mesmo estiver sendo restringido em cama;
- Manter acompanhante de forma contínua;

Obs.: Todo paciente contido em tábua deverá permanecer na sala de emergência.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 61	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ASPIRAÇÃO NAS SINDROMES GRIPAIS				

OBJETIVO

Realizar aspiração em pacientes suspeitos ou confirmados de Covid 19, que estão em uso de via aérea artificial (tubo orotraqueal ou traqueostomia).

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: EPIS máscara N95, face shield/ óculos de proteção, luvas de procedimentos e avental de contato; Latex; Sistema fechado de aspiração (trach care); Fonte de vácuo; Frasco coletor rígido para aspiração e/ou drenagens; Seringa de 20ml; Agulha 40/12; Soro fisiológico 10ml

AÇÕES:

- Seguir a prescrição de enfermagem para realizar aspiração;
- Reunir todos os materiais;
- Lavar as mãos corretamente;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Comunicar ao paciente o procedimento e que será feito, sempre que necessário;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler;
- Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador;
- Ligar o aspirador;
- Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente;
- Alterar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO2 a 100 % por dois minutos);
- Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa;

- Introduzir a sonda da aspiração no tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia até a metade ou até estimular a tosse do paciente com o clampe fechado;
- Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos);
- Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes forem necessárias;
- Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica);
- Lavar a sonda aspirando concomitantemente;
- Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril);
- Travar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado;
- Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado;
- Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado;
- Lavar o intermediário de aspiração;
- Retirar as luvas e desprezá-las em lixo hospitalar
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente;

OBSERVAÇÃO:

Neste tipo de procedimento, deverá ser realizado **EXCLUSIVAMENTE** por sistema de aspiração fechado (trach care), onde uma sonda de aspiração protegida (conectada à um sistema de vácuo com o frasco coletor para aspiração) é introduzida na traqueia do paciente, através do tubo orotraqueal ou traqueostomia. **NÃO** deverá ser realizado por aspiração aberta, visando a não produção de aerossóis para o ambiente e assim a proteção da equipe de saúde.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 62	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NAS SINDROMES GRIPAIS				

OBJETIVO

Orientar os profissionais de saúde quanto à atuação durante procedimento de Intubação Orotraqueal (IOT) de casos suspeitos ou confirmados por COVID-19.

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Materiais: EPIS contendo: Máscara de proteção respiratória (N95), protetor facial (face shield), óculos de proteção, avental impermeável, touca, luvas de procedimento;
- Laringoscópio (lâminas e cabo);
- Pilhas para laringoscopia;
- Tubo endotraqueal;
- Fio guia;
- Máscara laríngea 3, 4 e 5
- Fixador de tubo (cadarço);
- Seringa 20 mL;
- Agulha descartável 40x12;
- Ressuscitador manual (ambú);
- Filtro barreira (bacteriológico viral) adulto
- Extensor ou intermediário de silicone;
- Sistema Fechado de Aspiração;
- Pinça reta forte – Kosher ou Kelly;
- Estetoscópio;
- Frasco de aspiração;
- Extensor ou intermediário para aspiração;

- Ventilador mecânico;
- Circuito de Ventilação Mecânica;

Drogas Necessárias Pré-Tratamento (durante a oxigenação):

- Fentanil 100mcg;
- Cetamina 50mg/ml – 2 ml (ampola);
- Midazolam 5mg/ml – 3ml (ampola);
- Succinilcolina 100mg/frasco-ampola (pó para solução);

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Utilizar os EPIS;
- Preparar os materiais;
- Testar o laringoscópio (luz);
- Separar TOT solicitado pelo médico;
- Montagem do TOT: TOT + Fio Guia + pinça + Êmbolo de seringa 20 ml (quando usado pelo médico)
- Testar o balonete do tubo oro/endotraqueal com a seringa e assegurar sua integridade;
- Preparar os medicamentos conforme protocolo e solicitação da equipe médica (para intubação);
- Testar e calibrar o ventilador mecânico e colocá-lo em modo de espera;
- Conectar filtro de barreira;
- Conectar ao circuito do ventilador mecânico o sistema fechado de aspiração;
- Testar a rede de vácuo e deixar o sistema de aspiração pronto para o uso;
- Verificar a monitorização;
- Assegurar ausência de próteses dentárias no paciente;
- Oxigenar com máscara com reservatório com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva;
- Evitar ventilação assistida com o dispositivo de Bolsa-Válvula-Máscara ou o uso de dispositivos supraglóticos, pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, cabeceira 0º, sem travesseiros;

- Realizar extensão leve da cabeça. Manter assepsia durante todo o procedimento;
- Colocar o fio guia no lúmen do tubo endotraqueal;
- Administrar os medicamentos solicitados pelo médico;
- Realizar a laringoscopia (médico);
- Apresentar o tubo para o médico (enfermeiro);
- Realizar a técnica de intubação traqueal;
- Insuflar cuff;
- Retirar Guia o quando usado;
- Realiza clampeamento do TOT com pinça reta;
- Retirada êmbolo (quando usado);
- Conectar tubo orotraqueal ao sistema com filtros já devidamente posicionado, conexão Trach – care / Ventilador (montados previamente);
- Liberar o clampeamento do TOT (Nunca faça ventilação manual sem antes insuflar o balonete);
- Confirmar posicionamento do TOT;
- Realizar a fixação do tubo;
- Recolher o material;
- Registrar em prontuário o procedimento realizado;

Observações importantes:

- Realizar o procedimento com equipe reduzida para diminuir contaminação, no máximo 3 pessoas no leito: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem
- Escolher profissional mais experiente, com objetivo de diminuir tempo da intubação e aumentar chances de sucesso;
- Não ventilar o paciente para não gerar aerossóis
- Utilizar o AMBU + FILTRO (entre a máscara e o AMBU) para garantir menor produção de aerossóis.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 63	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO, CONSERVAÇÃO E REUTILIZAÇÃO DA MÁSCARA N95 OU EQUIVALENTE (COVID-19)				

OBJETIVO

Orientar cuidados a serem tomados para uso racional e correto da máscara N95 em situações de atendimento à paciente suspeito/confirmado Covid-19.

EXECUTANTE

Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Técnico de Radiologia, Assistente Social, Aux. De Serviços Gerais, Funcionários da Copa.

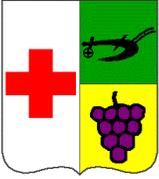
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

APLICAÇÕES

- Máscara N95 deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e nariz dos profissionais de saúde quando expostos a procedimentos geradores de aerossol (aspiração de vias aéreas, intubação, broncoscopia, entre outros). Atendimento de paciente suspeito ou confirmado de infecção pela COVID-19.
- Excepcionalmente, em situações de carência de insumos e para atender a demanda da pandemia COVID-19 essas máscaras poderão ser reutilizadas pelo mesmo profissional, desde que cumpridos os cuidados necessários para a sua retirada, sem a contaminação do interior. Necessário também que esteja íntegra, limpa e seca, podendo ser reutilizada pelo mesmo profissional.
- Dados preliminares sugerem limitar o número de reutilizações a não mais que cinco (05), para garantir uma margem de segurança adequada. No entanto, os protocolos de utilização podem ser adaptados localmente conforme orientações da CCIH.
- Durante o tempo máximo permitido para reutilização, as máscaras devem ser embaladas ou guardadas para que não fiquem expostas ou corram o risco de serem danificadas ou contaminadas. Recomenda-se colocá-las em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade, e com os elásticos para fora

para facilitar a retirada. Não é recomendável o uso de embalagem que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do vírus

- A máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez;
- As máscaras devem ser descartadas nas seguintes situações: se contaminação com sangue, secreções respiratórias ou nasais ou outros fluidos corporais dos pacientes suspeitos ou confirmados pela COVID-19; Se o dispositivo estiver danificado, úmido ou após o uso máximo recomendado. NOTA ORIENTATIVA SESA 03/2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 64	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
AGENDAMENTO E REALIZAÇÃO DE EXAME EXTERNO DE RAIOS-X PACIENTES INTERNADOS				

OBJETIVO

Organizar fluxos durante a realização de exames complementares de diagnóstico por imagem (Raios-X) de pacientes internados

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Técnico de Radiologia.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

Médico:

- Solicitar o exame no sistema do IPM

Enfermagem:

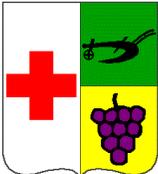
- Verificar a requisição do exame solicitada pelo médico;
- Comunicar ao setor de radiologia o envio do paciente para a realização do exame;
- Comunicar ao paciente quanto à realização do exame;
- Encaminhar de maca ou cadeira de rodas o paciente para realizar o exame;
- Auxiliar o paciente se necessário durante o procedimento;
- Permanecer na sala de RAIOS X junto ao paciente caso seja necessário (paciente dependente ou criança), utilizando Equipamento de proteção radiológica (avental de chumbo ou plumbífero e protetor de tireoide);
- Auxiliar o técnico em radiologia a posicionar o paciente;
- Aguardar o término do exame no setor de radiologia e encaminhar o paciente ao setor de origem após término do exame.

Técnico de Radiologia:

- Conferir a requisição e os dados do paciente;
- Perguntar ao paciente do sexo feminino a possibilidade de gravidez, devido ao risco pela radiação emitida pelo equipamento no momento do exame;
- Preparar o equipamento e os acessórios de acordo com o tipo de radiografia a ser realizada. Assegurar que o equipamento esteja higienizado;
- Orientar o paciente a retirar as vestimentas e metais (anel, brinco, corrente, piercing, Etc.);
- Oferecer vestimenta de proteção radiológica (colete plumbífero) adequado ao tamanho do paciente adulto e/ou criança dependendo do exame a ser realizado;
- Higienizar as mãos e colocar luvas de procedimentos quando necessário;
- Posicionar o paciente de acordo com o exame a ser realizado e instruí-lo quanto aos procedimentos, para que possa participar e colaborar, otimizando a realização deste;
- Dirigir-se a sala de comando de raios;
- Realizar a tomada radiográfica;
- Analisar a qualidade de imagem, verificando se o posicionamento e os fatores técnicos estão corretos;
- Orientar o paciente quanto ao término do exame, auxiliando para sair do equipamento;
- Anexar as imagens ao sistema do IPM e ao sistema interno de Raio X;
- Liberar o paciente;
- Higienizar o equipamento e suas partes deixando-o limpo para o próximo paciente;
- Higienizar as mãos;
- Organizar a sala para o próximo exame mantendo-a em ordem;
- Solicitar a equipe de higienização para a limpeza da sala, caso necessário;

Observações:

Raios X é um procedimento realizado através da emissão direta de uma onda eletromagnética, cuja natureza é similar à da luz visível, sobre uma determinada área do corpo do paciente que apresenta determinadas adversidades difíceis de serem visualizadas através de procedimentos simples.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 65	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO LONGA (INTERNADOS)				

OBJETIVO

Padronizar horário de verificação de Sinais Vitais

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A equipe de enfermagem deverá considerar, para verificação de rotina, os seguintes sinais vitais (SSVV):

Temperatura (T);

Pulso Arterial (P);

Frequência Cardíaca (FC);

Pressão Arterial (PA);

Frequência Respiratória (FR).

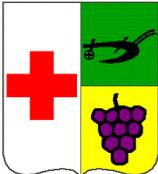
AÇÕES

- O registro dos SSVV deverá ser anotado no sistema eletrônico IPM;
- A aferição dos SSVV também poderá ser feita através dos valores fornecidos pelo monitor multiparamétrico;
- Frequência de verificação dos SSVV de acordo com prescrição médica e/ou de enfermagem;
- Pacientes em observação longa no setor de alto risco/emergência
- verificar sinais vitais a cada duas horas, casos específicos seguir prescrição médica ex. A cada 1h;

- Pacientes em observação longa nos setores de enfermarias, verificar sinais vitais a cada seis horas, em casos específicos seguir prescrição médica;
- Paciente em observação no setor da rápida ou sala amarela, verificar sinais vitais a cada 06 horas, em casos específicos seguir prescrição médica, exemplo paciente hipertenso;

Horário padronizado para verificação dos sinais vitais:

- ALTO RISCO/EMERGÊNCIA – OBSERVAÇÃO LONGA
2/2h - 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4, 6;
- OBSERVAÇÃO (ENFERMARIA) – OBSERVAÇÃO LONGA (solicitação médica)
4/4h – 8, 12, 16, 20, 24, 4; (solicitação médica)
6/6h- 08; 14, 20, 02
- RÁPIDA E SALA AMARELA – OBSERVAÇÃO
6/6h- 08; 14, 20, 02

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 66	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS – TEMPERATURA AXILAR				

OBJETIVO

Determinar a temperatura axilar do paciente; avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem; corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem.

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: Bandeja; Termômetro; Algodão; Luvas de procedimentos; Álcool a 70%; Caneta e papel.

AÇÕES:

- Verificar prescrição médica/enfermagem;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienização das Mãos;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Se necessário, enxugar a axila do paciente;

- Colocar o termômetro na região axilar em contato direto na pele do paciente, se necessário enxugar a axila do paciente, (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
- Retirar o termômetro após o sinal de término;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Recolher o material;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%; realizar a higienização das mãos;
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário eletrônico (IPM) do paciente.

Nomenclatura e valores de referência:

Hipotermia: Temperatura abaixo de 35°C

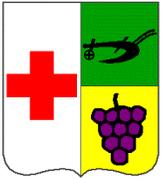
Afebril: 36,1 à 37,2°C

Estado febril: 37,3 à 37,7°C

Febre / Hipertermia: 37,8 a 38,9°C

Pirexia: 39 à 40°C

Hiperpirexia: acima de 40°C

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 67	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS - PULSO PERIFÉRICO				

OBJETIVO

Avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente; detectar e monitorar arritmias cardíacas; avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca; verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso;

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Verificar prescrição médica/enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Se necessário, aquecer as mãos, friccionando-as;
- Palpar a artéria escolhida;
- Colocar as polpas digitais, do dedo médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente;
- Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto;
- Lavar das mãos;
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário eletrônico (IPM) do paciente;

Nomenclatura e valores de referência:

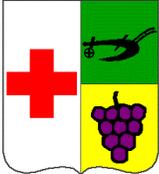
Adulto: 60 a 100 batimentos por minuto (bpm)

Criança: 80 a 120 batimentos por minuto (bpm)

Recém-nascido: 100 a 160 batimentos por minuto (bpm)

Bradycardia: menor que 50 batimentos por minuto (bpm)

Taquicardia: acima de 100 batimentos por minuto (bpm)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 68	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL				

OBJETIVO

Avaliar a capacidade e a eficácia do sistema cardiovascular; verificar alterações na pressão arterial fisiológica;

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: Bandeja; Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Luvas; Algodão e álcool a 70%.

AÇÕES:

- Verificar prescrição médica/enfermagem;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Preparar o material necessário;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar desinfecção com algodão em álcool a 70% no estetoscópio e no esfignomanômetro;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Escolher o manguito adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Posicionar se possível, o paciente sentado;
- Expor o braço para colocar o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;

- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para estimativa da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto para inflar novamente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
- Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco; Registrar no prontuário eletrônico (IPM) do paciente;
- Realizar desinfecção com álcool a 70% no estetoscópio, no esfignomanômetro e na bandeja;
- Guardar o material;
- Realizar a higienização das mãos;

Nomenclatura e valores de referência:

Arterial normal: pressão sistólica menor que 120 mmHg e pressão diastólica menor que 80 mmHg.

Pré-hipertensão: sistólica entre 120 e 129 mmHg ou diastólica menor que 80 mmHg.

Hipertensão estágio 1: sistólica entre 130 e 139 mmHg ou pressão diastólica entre 80 e 89 mmHg.

Hipertensão estágio 2: sistólica acima de 140 mmHg ou pressão diastólica acima de 90 mmHg.

Crise hipertensiva: sistólica acima de 180 mmHg ou diastólica acima de 110 mmHg. Esses valores acima são usados para classificar a hipertensão.

Observação:

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

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 69	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS - AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA			

OBJETIVO

Verificar alteração na frequência respiratória; monitor a frequência respiratória do paciente com comprometimento das vias aéreas superiores e inferiores;

EXECUTANTE

Médicos, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AÇÕES:

- Higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Observando os movimentos respiratórios durante um minuto;
- Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário eletrônico (IPM) do paciente;

Nomenclatura e valores de referência:

Adultos: 12 a 20 irpm

Criança: 20 a 30 irpm

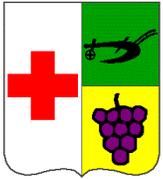
Recém-nascido: 30 a 60 irpm

Taquipneia: acima de 20 irpm

Bradipneia: menor de 12 irpm

Observação:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- É importante que o paciente não perceba que estão verificando o número de respirações para não ocorrer à indução do valor correto;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 70	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
GLICEMIA CAPILAR				

OBJETIVO

Realizar o teste glicêmico pela via capilar do paciente para controle e correção.

EXECUTANTES

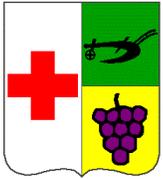
Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem e Médicos

MATERIAL

- Frasco com fitas reagentes
- Luvas de procedimento
- Bolas de algodão
- álcool à 70%
- Lanceta ou agulha 13 x 4,5 para punção digital
- Aparelho de glicemia

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Realizar uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Informar-lhe o resultado obtido ao paciente;
- Desprezar lanceta ou agulha em coletor perfuro cortante;
- Higienizar as mãos.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 071	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
AFERIÇÃO DE ESTATURA E PESO				

OBJETIVO

Aferir a estatura dos pacientes na recepção para a classificação de riscos e consultas.

EXECUTANTES

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem e Médicos.

MATERIAL

- Álcool a 70%;
- Régua Antropométrica ou Antropômetro;
- Sabão Líquido.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO AFERIÇÃO DE ESTATURA EM CRIANÇAS

MENORES DE 01 METRO:

- Acolher o paciente;
- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Deitar a criança na maca, em decúbito dorsal, descalça e com a cabeça livre de adereços;
- Manter, com a ajuda do responsável: A cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- Os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- Os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;
- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos;
- Manter os membros inferiores unidos, com pés em ângulo de 90° em relação ao antropômetro;
- Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não

se mexam;

- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- Retirar a criança;
- Realizar anotação;
- Manter a sala em ordem.

AFERIÇÃO DE ESTATURA EM CRIANÇAS MAIORES DE 01 METRO, ADOLESCENTES E ADULTOS

- Certificar-se que a balança plataforma está afastada da parede, destravar e calibrar a balança quando necessário;
- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento, de costas para o antropômetro;
- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- Realizar anotação;
- Manter a sala em ordem.

AFERIÇÃO DE PESO EM BALANÇA PEDIÁTRICA:

- Ligar a balança;
- Constatar que a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la;
- Acolher o paciente e/ou acompanhamento;
- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Limpar o prato da balança pediátrica com álcool a 70%, antes e após o procedimento e forrar com papel toalha;
- Despir a criança com o auxílio do responsável;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato;
- Orientar o responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento;
- Esperar até que o peso no visor estabilize e realizar a leitura;
- Retirar a criança e informar ao responsável o valor aferido;

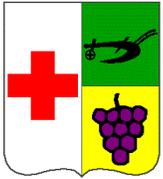
- Realizar anotação;
- Manter a sala em ordem.

BALANÇA MECÂNICA DE PLATAFORMA

- Destruar a balança;
- Verificar se a balança está calibrada, caso contrário calibrá-la;
- Travar a balança;
- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Acolher o paciente, identificar-se e orientá-lo quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalço com o mínimo de roupa possível, com os pés unidos e os braços estendidos ao longo do corpo;
- Destruar a balança;
- Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso;
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento;
- Travar a balança;
- Solicitar ao paciente que desça do equipamento;
- Informar ao paciente o valor aferido, realizar anotação, carimbar e assinar;
- Retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- Manter a sala em ordem.

BALANÇA ELETRÔNICA (DIGITAL):

- Ligar a balança, esperar que o visor zere;
- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento;
- Acolher o paciente, identificar-se e orientá-lo quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés unidos e os braços estendidos ao longo do corpo;
- Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor;
- Solicitar ao paciente que desça do equipamento;
- Informar ao paciente o valor aferido e realizar anotação;
- Manter a sala em ordem

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 72	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
RETIRADA DE PONTOS				

OBJETIVO

Auxiliar o processo de cicatrização e proteger a ferida contra contaminação.

EXECUTANTE

Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos.

MATERIAL

- EPIs (luvas de procedimentos de látex, máscara, óculos, gorro, jaleco/avental);
- Bandeja;
- Kit para retirada de pontos (tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker e bisturi);
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- Álcool a 70%;
- Agulha 40x12 mm;
- Pacotes de gaze estéril.

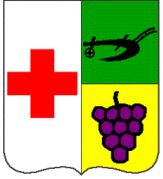
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acolher o paciente;
- Higienizar as mãos, antes e após procedimento;
- Reunir e organizar os materiais necessários;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;
- Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris ou bisturi;

- Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
- Cobrir a ferida se houver necessidade;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Organizar ambiente de trabalho;
- Registrar em prontuário;
- Manter a sala em ordem.

OBSERVAÇÃO

- Técnicos de enfermagem podem realizar a retirada de pontos, desde que tenham sido capacitados e sob supervisão do enfermeiro;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 73	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TÉCNICA DE CALÇAR LUVAS ESTÉREIS				

OBJETIVO

Garantir a proteção individual do profissional de saúde, prevenir a contaminação dos materiais estéreis, procedimentos cirúrgicos, invasivos e a transmissão de infecções.

EXECUTANTE

Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médicos

MATERIAL

- Luva estéril de tamanho adequado;
- Papel toalha;
- Pia com torneira, água limpa e sabão líquido.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

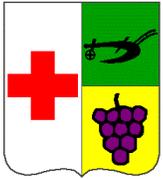
- Higienizar as mãos, antes e após o procedimento, de acordo;
- Selecionar o tamanho correto da luva a ser utilizada, examinar a integridade da embalagem e a data de validade;
- Abrir a embalagem externa da luva estéril;
- Colocar a embalagem interna com a luva estéril em cima do balcão ou pia de inox, previamente higienizados;
- Abrir a embalagem interna da luva estéril utilizando a aba própria para não contaminar;
- Segurar com o indicador e polegar da mão não dominante a aba dobrada no punho da luva e introduzir a mão dominante, calçando-a sem tocar na parte estéril da luva, que deverá estar com os dedos direcionados para baixo;
- Estique a palma da mão enluvada com o polegar abduzido e introduza os quatro dedos da mão entre a dobra da aba da outra luva. Permaneça segurando-a e promovendo a abertura do espaço para introduzir a outra mão;
- Após a colocação da segunda luva, ajeitar as luvas, entrelaçar as mãos acima do nível

do punho. Os punhos da luva costumam descer após a aplicação. Certificar-se de tocar somente os lados estéreis;

- Ter o cuidado de não tocar em nenhuma parte do corpo e/ou objetos após o calçamento das luvas para evitar a contaminação, podendo cruzar as mãos até que se realize algum procedimento;
- Retirar as luvas estéreis após o uso pela borda externa da luva da mão não dominante em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre, pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você colocará a luva ao avesso. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida, mantendo-a segura na palma da mão dominante;
- Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fizer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;
- Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não-contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão e as despreze na lixeira de resíduo contaminado (saco branco).

OBSERVAÇÕES:

- O uso das luvas não substitui a higiene das mãos, o que deve ocorrer antes e após a retirada delas;
- A luva estéril está indicada para procedimentos cirúrgicos, procedimentos invasivos (cateterismo vesical) e em curativos que necessitem de técnica estéril na ausência de pinças estéreis

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 74	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO ANTÍGENO SARS-COV-2				

OBJETIVO

Estabelecer rotinas de execução do teste rápido para a determinação rápida e qualitativa da infecção por SARS-CoV-2 em amostras de swab nasofaríngeo humano.

EXECUTANTES

Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos

MATERIAL

- Equipamento de proteção individual (EPIs): luvas de procedimento, óculos de proteção ou protetor facial, Avental descartável; N95 ou PFF2;
- Álcool em gel 70 %;
- Swab Nasal;
- Dispositivo de teste (Cassete);
- Diluente (Solução tampão);
- Cronômetro ou relógio;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar prescrição médica;
- Checar a identificação do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todo material a ser utilizado para realização do teste em uma superfície plana (Dispositivo de teste, Swab nasal, tampão de corrida);
- Paramentar-se com os EPIs;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, informando que ele deverá permanecer parado durante o procedimento;
- Posicionar o usuário;
- Remover o dispositivo de teste da embalagem e colocar em uma superfície plana;

- Retire ou fure o lacre do tubo de tampão de amostra com auxílio da ponta do tampão do tubo, pressionando-a para abrir completamente o lacre;
- Solicitar ao usuário para retirar a máscara de proteção deixando cobrir apenas a região da boca;
- Inclinar a cabeça da (o) paciente para trás levemente, para que as narinas fiquem mais acessíveis.
- Retirar o swab da embalagem.
- Inserir cuidadosamente o swab no septo nasal, realizando movimentos circulares suaves e de fricção; Repita o procedimento na outra narina;
- Solicitar à (o) paciente que recoloca a máscara;
- Insira o swab no tubo e mergulhe-o no tampão de amostra. Aperte o tubo pressionando a ponta do swab e gire-o 5 vezes;
- Ainda pressionando o tubo, remova o swab, garantindo que o máximo de material permaneça no tubo, e descarte o swab em um descarte de resíduos infectantes;
- Cuidadosamente insira a tampa no tubo, certificando-se que esteja bem fechado;
- Dispense 3 gotas da amostra no poço de amostra;
- Iniciar o cronômetro e ler o resultado após 15 minutos.
- Não ultrapassar 30 minutos para leitura de resultado;
- Desprezar o material descartável utilizado em local apropriado;
- Higienizar as mãos;

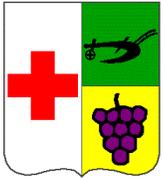
INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS – PRIVATIVO DO ENFERMEIRO

Resultados reagentes: indicam a presença de antígenos do vírus SARS-CoV-2 e devem ser usados como suporte ao diagnóstico clínico. Resultados não reagentes: sugerem a ausência de antígenos do vírus SARS-CoV-2 na amostra e não excluem totalmente a possibilidade de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Resultados inválidos: o teste deve ser considerado inválido caso uma linha controle (C) não esteja visível.

- Após a leitura do resultado no cassete, o Enfermeiro deve informar ao paciente, realizando as orientações sobre cuidados e isolamento domiciliar e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do usuário;
- Emitir o laudo com o resultado do teste realizado;
- Emitir a ficha de notificação em ambos os resultados;
- Em resultados reagentes, emitir o Termo de Isolamento Domiciliar.

OBSERVAÇÕES

- Para realização do teste rápido, seguir atentamente o Memorando nº 66/2023-SMS/DVPS/DVE;
- O Auxiliar/Técnico de Enfermagem pode realizar a coleta do material, desde que tenha realizado treinamento, conforme legislação;
- No âmbito da equipe de enfermagem, a leitura, laudo e comunicação/orientação ao paciente serão realizados pelo profissional enfermeiro, de acordo com o Parecer 333/2021 Cofen.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 75	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TESTE RÁPIDO PARA SOROLOGIAS HIV, SÍFILIS E HEPATITES				

OBJETIVO

Investigar a infecção de vírus de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, pela tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral.

EXECUTANTE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): luvas descartáveis, óculos de proteção ou protetor facial,
- avental;
- Algodão;
- Álcool 70 %;
- Lanceta;
- Dispositivo de teste (Cassete ou fita);
- Dispositivo de coleta (Capilar calibrado, pipeta ou alça);
- Diluente (Solução tampão);
- Laudo;
- Caneta, preferencialmente esferográfica;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente;
- Recipientes para descarte de lixo seco, de material biológico e perfurocortante;
- Material para registro - Computador (prontuário eletrônico) ou prontuário físico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o usuário referente ao procedimento que será realizado;
- Reunir o material;

- O teste deve estar na temperatura ambiente na hora da execução;
- Preencher o laudo com informação do usuário e teste, deixando o registro do resultado para o momento posterior a leitura do resultado;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos de proteção;
- Calçar as luvas;
- Identificar a mão e o dedo com melhor vascularização, sem calosidades e sujidade;
- Abrir o envelope do dispositivo de teste apenas no momento da realização do exame;
- Retirar o dispositivo de teste do envelope colocando-o em uma superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
- Atentar para a presença da sílica no envelope de teste, sendo a sua ausência ou cor alterada
- Identificar o dispositivo de teste com as letras iniciais do nome do usuário;
- Proceder movimento de ordenhar para favorecer o fluxo sanguíneo na região;
- Realizar a antissepsia do local a ser puncionado com algodão contendo álcool 70 %;
- Secar a área com algodão seco;
- Proceder a punção pressionando o dedo com a lanceta;
- Realizar a coleta de sangue utilizando o instrumento e volume indicado pelo fabricante e não encostar a pipeta no filtro;
- Utilizar o tampão/reagente do referido teste no volume indicado pelo fabricante;
- Aguardar o tempo para leitura do teste conforme indicado pelo fabricante não realizar antes nem depois da orientação do fabricante;

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS – PRIVATIVO DO ENFERMEIRO

- A interpretação do resultado deve seguir os critérios estabelecidos pelo fabricante na bula do teste e deve ser realizado exclusivamente pelo Enfermeiro ou Médico;
- 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.
- Descartar os materiais conforme a indicação;

PREENCHER O FORMULÁRIO DO LAUDO COMPLETO CONTENDO OS SEGUINTE DADOS:

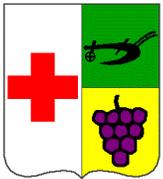
- Nome Completo (sem abreviações)
- Data de Nascimento
- Data da realização do exame
- Número de documento oficial com foto (RG, Carteira de trabalho, CNH)
- Unidade que executou o teste
- Nome do fabricante do teste
- Lote da caixa do teste
- Data de validade da caixa do teste.
- No laudo só colocar resultado usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura.
- O laudo deverá apresentar-se: legível, sem rasuras na sua transcrição; só colocar resultado
- Deverá ser usando a terminologia reagente ou não reagente conforme leitura. • O laudo deverá ser datado, carimbado e assinado por profissional habilitado.
- No caso de resultado reagente para Sífilis, iniciar o tratamento pela Unidade de Saúde, conforme protocolo.

ENCAMINHAMENTO HIV E HEPATITES:

- Realizar o aconselhamento individualizado com foco nas definições da prevenção combinada conforme.
- O Enfermeiro deve fornecer o resultado acompanhado do laudo, mediante apresentação de documento com foto, caso o usuário não possua o documento, solicitar que o paciente apresente o documento para emissão e leitura do resultado;
- Registrar no prontuário do usuário o procedimento realizado, resultado obtido e encaminhamentos caso necessário.
- Em pacientes gestantes, registrar na Carteira de Gestante (pré-natal).
- Realizar notificação – SINAN;
- Atenção cada gestação necessita de um novo SINAN no caso das gestantes;
- No caso de resultado não reagente para HIV uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data da coleta desta amostra e ressaltar que a manutenção depende de práticas seguras.
- No caso de resultado reagente para HIV e Hepatites - Agendar através do e-mail ageendamentosaeacta@gmail.com e ou (41) 3306-0730.

OBSERVAÇÃO

- No âmbito da equipe de enfermagem, a leitura, laudo e comunicação/orientação ao paciente serão realizados pelo profissional enfermeiro, de acordo com o Parecer 259/2016 Cofen

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 76	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ELETROCARDIOGRAMA				

OBJETIVO

Analisar o ritmo cardíaco; avaliar a condução do estímulo através do sistema de condução do coração e das suas cavidades; Avaliar a integridade ou anormalidades do sistema de condução; Detectar eventuais sobrecargas das cavidades cardíacas e zonas correspondentes à ausência de atividade elétrica.

EXECUTANTE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

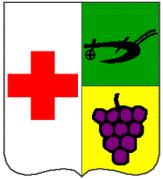
MATERIAL

- Eletrocardiógrafo.
- Gel hidrossolúvel.
- Álcool à 70%.
- Algodão seco.
- Lençol.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado.
- Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias.
- Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante.
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto.
- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos.

- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos autoadesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante).
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo.
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico.
- Avaliar o registro, comunicando as alterações ao enfermeiro, identificando alterações precocemente.
- Aferir o pulso do paciente, classificando conforme a frequência, ritmo e amplitude.
- Identificar a fita registro do eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, número da ficha.
- Anexar a fita do eletrocardiograma à solicitação do exame.
- Lavar as mãos.
- Checar a realização do exame no verso da prescrição, anotando data, horário, nome e registro do profissional (Carimbo) que executou o exame.
- Realizar anotação de enfermagem;
- Manter a sala em ordem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 77	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS				

OBJETIVO

Fornecer informações para fins de diagnóstico e prognóstico, prevenção de doenças, definição de tratamentos.

EXECUTANTES

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

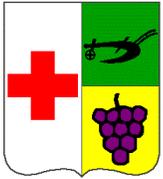
MATERIAL

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Vacutainer;
- Coletor de urina infantil masculino e feminino;
- Pote estéril para urocultura;
- Garrote;
- Adaptador para vacutainer;
- Seringa de 10 ml e 20 ml;
- Agulha para seringas;
- Agulha para vacutainer;
- Caixa térmica;
- Óculos de proteção;
- Livro de registro;
- Etiqueta de identificação.
- Gelox;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Acolher o paciente com atenção.

- Receber a guia de requisição de exames.
- Verificar quais exames solicitados.
- Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida (data, letra legível, nome completo, matrícula, idade, procedência, medicamentos em uso, exames solicitados e identificação do profissional solicitante).
- Confirmar se o paciente se encontra com o preparo adequado para o exame solicitado.
- Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados.
- Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento, óculos de proteção e avental).
- Manter todo material próximo do procedimento.
- Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a mais adequada.
- Garrotear próximo ao local selecionado.
- Realizar antisepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de secagem.
- Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima.
- Inserir o sangue nos tubos de exames.
- Retirar o garrote, logo após o início da introdução do sangue no 1º tubo, continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso.
- Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar o braço do paciente.
- Orientar o paciente quanto ao resultado dos exames. • Retirar as luvas. • Lavar as mãos.
- Manter a sala em ordem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 78	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS COM DETERGENTE ENZIMÁTICO				

OBJETIVO

Promover a remoção dos resíduos presentes nas superfícies interna e externa do material, equipamentos e instrumentais hospitalar.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Matérias:

- EPI's: máscara, luvas de borracha, gorro, óculos de proteção e avental
- Escova de cerdas macias.
- Água da torneira.
- Recipiente com solução diluída de detergente enzimático
- Compressas.

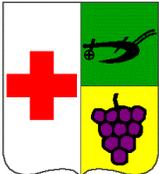
Ações:

- Recolher os instrumentais nos setores do Pronto atendimento;
- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI's máscara, luvas de borracha, gorro, óculos de proteção e avental;
- Transportar os instrumentais contaminados em recipiente plástico, bandeja ou na caixa de inox para sala de expurgo;
- Colocar os instrumentais, abertos e desmontados quando possível, no recipiente plástico contendo solução diluída de detergente enzimático por 5 minutos;

- Aguardar o tempo de ação do produto;
- Retirar os instrumentais e proceder a escovação em toda a sua superfície, articulações abertas, cremalheiras;
- Enxaguar em água da torneira abundantemente para a remoção de sujidades e resíduos do detergente enzimático;
- Secar com pano limpo;
- Acondicionar os instrumentais em local apropriado;
- Encaminhar para a area de Central de Esterilização;

Observação:

- Tempo de exposição insuficiente dos instrumentais na solução de detergente enzimático pode gerar deficiência na limpeza;
- Enxágue inadequado pode ocasionar o aparecimento de manchas nas superfícies dos instrumentais gerando oxidação e corrosão.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 79	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
APLICAÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO 1,0%				

OBJETIVO

Aplicação de hipoclorito de sódio 1,0% (10.000 ppm Cloro ativo) na limpeza de artigos hospitalares não críticos.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAIS: EPI's: Gorro, luvas de procedimento, avental e máscara; Recipiente medidor; Solução de hipoclorito de sódio 1,0%; Recipiente plástico (cubas), identificado com o nome do produto, rubrica do responsável, data e hora da diluição.

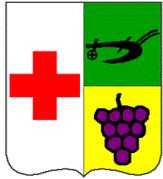
AÇÕES:

- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI's máscara, luvas de borracha, gorro, óculos de proteção e avental;
- Transportar os materiais contaminados em recipiente plástico, bandeja ou na caixa de inox para sala de expurgo.
- Colocar os materiais não críticos, abertos e desmontados quando possível, no recipiente plástico contendo solução de hipoclorito de sódio 1,0% por 30 minutos;
- Aguardar o tempo de ação do produto;
- Retirar os materiais não críticos da solução;
- Enxaguar em água da torneira;
- Secar com pano limpo;

- Acondicionar os instrumentais em local apropriado;
- Encaminhar para a área de limpa da Central de Materiais e Esterilização.

Observação:

- A dispensação e troca do hipoclorito de sódio a 1,0% deverão ocorrer as 07hs e 19hs.
- Para desinfecção de superfícies fixas não metálicas e estabelecimentos relacionados com o atendimento à saúde como pisos, paredes e bancadas. Aplicar o produto puro deixando em contato por 10 minutos e enxaguar se necessário.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 80	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TESTE BOWIEE DICK				

OBJETIVO

Avaliar a remoção inadequada do ar, fugas de ar, má penetração de vapor e gases não condensáveis da câmara interna em autoclaves que possuem bomba de vácuo.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

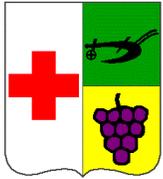
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Matérias: Luva térmica. Cesto aramado. Teste Bowie e Dick.

Ações:

- Realizar a higienização das mãos;
- Ligar a autoclave;
- Abrir a porta posicionando a chave na indicação de porta aberta;
- Selecionar o ciclo correspondente ao Teste Bowie e Dick. (134 graus);
- Fechar a porta posicionando a chave na indicação de porta fechada;
- Rodar ciclo com autoclave vazia para aquecer o equipamento (estanquidade);
- Abrir novamente a porta;
- Calçar luva térmica;
- Colocar cesto aramado invertido próximo ao dreno;
- Colocar o teste Bowie e Dick sobre o cesto;
- Fechar a porta da autoclave;
- Selecione o ciclo correspondente a Bowie e Dick;
- Abrir a porta ao término do ciclo;

- Calçar luva térmica;
- Retirar teste do interior da autoclave;
- Aguardar resfriamento do teste por mais ou menos 10 minutos;
- Retirar a folha de teste que se encontra no centro geométrico;
- Comparar o resultado com a amostra padrão;
- Comunicar ao enfermeiro possíveis falhas no processo;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar no verso do teste o n° do ciclo, marca do aparelho, data, hora e operador;
- Registrar o resultado do teste em livro de ocorrências e anexar a folha de Teste Bowie e Dick.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 81	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
INDICADORES BIOLÓGICOS PARA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR				

OBJETIVO

Comprovar a efetividade de uma carga submetida ao processo de esterilização a vapor, tendo como indicador um organismo vivo de alta resistência térmica.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Matérias: Luva térmica. Cesto aramado. Teste Bowie e Dick.

Ações:

- Realizar a higienização das mãos;
- Ligar a autoclave;
- Abrir a porta posicionando a chave na indicação de porta aberta;
- Selecionar o ciclo correspondente ao Teste Bowie e Dick. (134 graus);
- Fechar a porta posicionando a chave na indicação de porta fechada;
- Rodar ciclo com autoclave vazia para aquecer o equipamento (estanquidade);
- Abrir novamente a porta;
- Calçar luva térmica;
- Colocar cesto aramado invertido próximo ao dreno;
- Colocar o teste Bowie e Dick sobre o cesto;
- Fechar a porta da autoclave;
- Selecione o ciclo correspondente a Bowie e Dick;
- Abrir a porta ao término do ciclo;
- Calçar luva térmica;

- Retirar teste do interior da autoclave;
- Aguardar resfriamento do teste por mais ou menos 10 minutos;
- Retirar a folha de teste que se encontra no centro geométrico;
- Comparar o resultado com a amostra padrão;
- Comunicar ao enfermeiro possíveis falhas no processo;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar no verso do teste o nº do ciclo, marca do aparelho, data, hora e operador;
- Registrar o resultado do teste em livro de ocorrências e anexar a folha de Teste Bowie e Dick

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 82	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
TESTE QUÍMICO DIÁRIO COM INTEGRADOR QUÍMICO				

OBJETIVO

Verificar as condições relacionadas à tempo, temperatura e qualidade do vapor para o alcance da esterilização atendendo aos parâmetros estipulados.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: EPI's – luvas, máscara, gorro, óculos protetor e avental; Integrador químico – IQ; Papel grau cirúrgico; Pacote teste desafio;

Ações:

- Higienizar as mãos;
- Utilizar EPI's;
- Anotar no IQ a data de realização do teste e o número da autoclave;
- Colocar um integrador químico no meio dos campos de algodão do pacote desafio;
- Embalar o pacote em papel grau cirúrgico identificado com a data e número da autoclave;
- Carregar a autoclave;
- Dispor o pacote desafio próximo a porta;
- Fechar a autoclave acionando o seu funcionamento;
- Acompanhar o ciclo e registrar os dados em planilha própria;

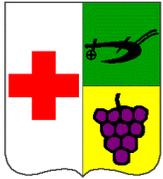
- Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento, bem como do IQ;
- Retirar o pacote desafio;
- Retirar o IQ e proceder a leitura;

Resultados:

- Mudança de cor/limite:
- Positivo, houve o alcance das condições necessárias da esterilização;
- Permanência da cor/limite:
- Negativo, não houve o alcance das condições necessárias da esterilização;

Observações:

- Os pacotes-testes serão dispostos em três ciclos distintos durante as 24 horas do dia em uma temperatura a 134 graus;
- O primeiro pacote com o integrador deverá ser colocado na parte da frente da autoclave;
- O segundo pacote com o integrador deverá ser colocado em um outro ciclo sendo posicionado no meio da autoclave e o terceiro pacote com o integrador deverá ser colocado em outro ciclo na parte de trás da autoclave;

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 83	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ARMAZENAGEM DE ARTIGOS ESTERILIZADOS				

OBJETIVO

Assegurar as condições de esterilidade dos artigos e garantir sua utilização em perfeitas condições

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Matérias: Utilizar uniforme e gorro; Prateleiras; Cestos aramados de ácido inoxidável, fórmica tratada.

Ações:

- Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico impermeável;
- Considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que estiverem com falhas na integridade da embalagem, comprimidos, torcidos ou úmidos;
- Guardar e distribuir os artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, proceder à liberação dos lotes mais antigos antes dos mais novos;
- Efetuar inspeção periódica dos artigos estocados para verificação de qualquer degradação visível;
- Estabelecer frequência de limpeza diária da área de estoque, dos carros ou das caixas de transporte;

- Observar atentamente o prazo de validade fornecido pelo fabricante da embalagem, evitando ultrapassar este limite, uma vez tal orientação significa garantia assegurada de sua utilização em perfeitas condições;
- Proteger os artigos de modo a evitar a contaminação durante o transporte;
- Adotar sistema de registro para controle de distribuição de artigos esterilizados;
- Manter temperatura ambiente entre 18°C e 22°C e umidade relativa entre 35 a 50°C;
- Verificar validade de todos os itens esterilizados ao menos uma vez por semana;

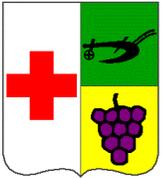
Observações:

- O local de armazenagem deve ser adjacente à área de esterilização, distantes de fonte de água, janelas abertas, portas, tubulação;
- Trânsito limitado de pessoas, manipulação mínima e cuidadosa;
- O suporte dos cestos, armários fechados ou prateleiras devem apresentar distância de no mínimo 20cm do piso, 5cm das paredes e 45cm do teto;
- Estocar os artigos em área que tenha condições de segurança patrimonial contra extravio;

Não utilizar artigos que apresentem as seguintes alterações:

- Papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade ou com manchas, invólucro em não tecido com desprendimento de partículas, suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade;
- Observar atentamente o prazo de validade fornecido pelo fabricante da embalagem, evitando ultrapassar este limite, uma vez tal orientação significa garantia assegurada de sua utilização em perfeitas condições;
- Proteger os artigos de modo a evitar a contaminação durante o transporte;
- Adotar sistema de registro para controle de distribuição de artigos esterilizados;

- O prazo de validade de um pacote estéril é o período no qual pode ser utilizado com segurança e depende: Tipo e configuração do artigo, do tipo e qualidade da embalagem, condições de armazenamento e “eventos relacionados”, tais como: manipulação do pacote, quedas ou intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 84	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E AÇÕES NO PROCESSO DE NÃO CONFORMIDADES				

OBJETIVO

Organizar o setor de esterilização.

EXECUTANTE

Auxiliar e Técnico de enfermagem (CME)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: Álcool a 70%; EPI's; pano de limpeza; balde; água;

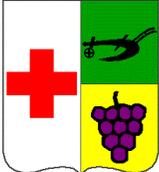
Ações:

- Lavar as mãos e friccionar álcool glicerinado a 70% antes e após executar as atividades;
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água;
- Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas;
- Usar EPI (jaleco, touca e luvas de amianto - quando necessário);
- Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;
- Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote;
- Montar a carga de acordo com as orientações básicas;
- Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes;
- Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto;

- Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack;
- Evitar que o material se encoste às paredes da câmara;
- Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
- Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack;
- Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo;
- Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;
- Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente;
- Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
- Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal;
- Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;

Observações:

- Caso o material ou equipamento não esteja apresentando eficácia comunicar ao enfermeiro Coordenador Assistencial para ser providenciado às mudanças adequadas.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 85	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE				

OBJETIVO

Promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele; prevenir a ocorrência de úlcera por pressão (UP) e outras lesões da pele; deixar atender o protocolo de prevenção de Úlcera por Pressão respaldada pelo Ministério da Saúde/Anvisa;

EXECUTANTE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

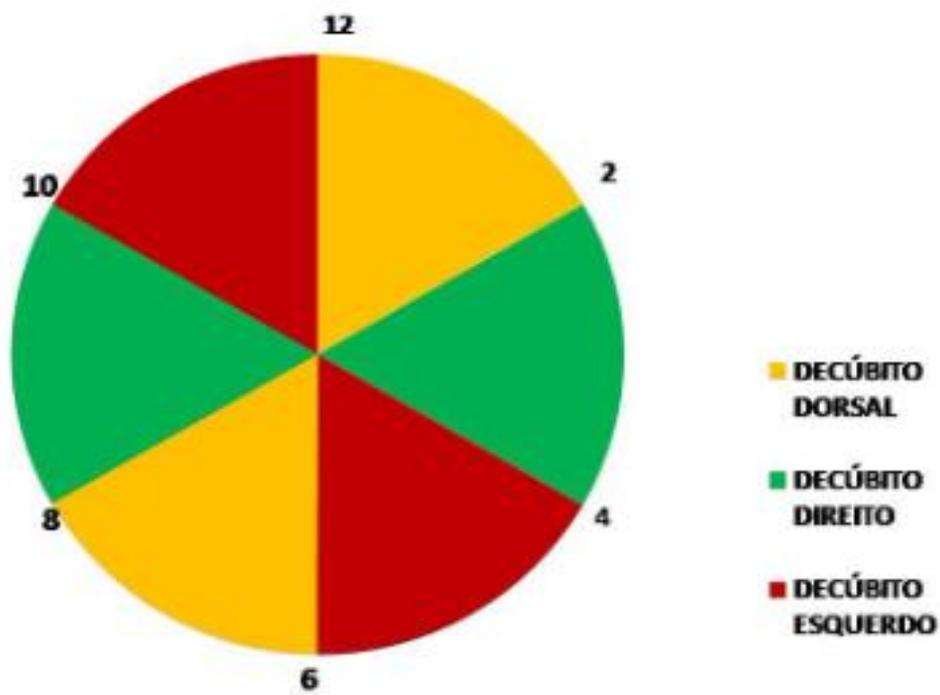
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

MATERIAL A SER UTILIZADO

- Travesseiro ou coxins;
- Luvas de procedimento;
- Protetores de calcâneos;
- Gaze não estéril
- Almotolia com álcool a 70%
- Almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- Equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, capote (quando necessário), e Luvas de procedimento.
- Escala preditiva de avaliação de risco para úlcera por pressão (escala de Braden)
- Frasco com Hidratante que tenha em sua composição: creme de uréia 10% ou óleo à base e AGE - Ácido Graxo Essencial; ou outro produto indicado após avaliação do enfermeiro;
- Protetor cutâneo ou Creme barreira;
- Relógio de mudança de decúbito;

- Lixeira para resíduo infectante
- Biombo

RELÓGIO SINALIZADOR DE MUDANÇA DE POSIÇÃO



ESCALA DE BRADEN				
Avaliação				
Sem Risco: 19 a 23 pontos; Médio Risco: 15 a 18 pontos; Risco Moderado: 13 a 14 pontos; Alto Risco: 10 a 12 pontos; Altíssimo Risco: Q6 a 9 pontos.				
DESCRIÇÃO	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitada	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitada	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum problema	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

ESCALA DE BRADEN

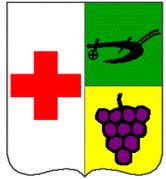
Como aplicar a escala de bradem no adulto

Trata-se de um bom instrumento de avaliação sistemática dos riscos para desenvolvimento de úlcera por pressão ou **Lesão por Pressão** que integra seis subescalas e em cada uma delas, há uma pontuação que você deve aplicar, a saber:

- Percepção sensorial (1 a 4 pontos);
- Atividade (1 a 4 pontos);
- Mobilidade (1 a 4 pontos);
- Umidade (1 a 4 pontos);
- Nutrição (1 a 4 pontos);
- Fricção ou cisalhamento (1 a 3 pontos).

Assim, ao somar todos os pontos, iremos classificar o paciente como sem risco, médio risco, risco moderado, alto risco e altíssimo risco, da seguinte maneira.

- **Sem Risco:** Quando o paciente apresentar entre 19 a 23 pontos;
- **Médio Risco:** Quando o paciente apresentar entre 15 a 18 pontos;
- **Risco Moderado:** Quando o paciente apresentar entre 13 a 14 pontos;
- **Alto Risco:** Quando o paciente apresentar entre 10 a 12 pontos;
- **Altíssimo Risco:** Quando o paciente apresentar entre 6 a 9 pontos.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 86	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
RECEPÇÃO/ACOLHIMENTO				

OBJETIVO

Realizar o acolhimento, prestar esclarecimentos de informações solicitadas, sanar dúvidas e direcionar o paciente com sintomas gripais/respiratórios.

EXECUTANTE

Equipe de Enfermagem.

DESCRIÇÃO

RECURSOS NECESSÁRIOS

Para realizar as atividades descritas nesse POP é necessário o uso de computador com sistema IPM, censo diário, fichas de atendimento multiprofissional impressa (casos de contingência).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Acolher o paciente e familiar.

Perguntar o motivo da vinda a Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã.

Solicitar documento de identificação com foto e/ou cartão nacional do SUS.

Localizar o cadastro do paciente no sistema de prontuário eletrônico - IPM ou realizar o cadastro provisório¹.

Colocar a pulseira de identificação no paciente.

Solicitar que o paciente/familiar higienize as mãos com álcool 70%.

Sempre revisar o IPM o campo aguardando, não efetuadas e efetuadas para verificar a fila.

Orientar o paciente que este será chamado no painel para realizar a Classificação de Risco;

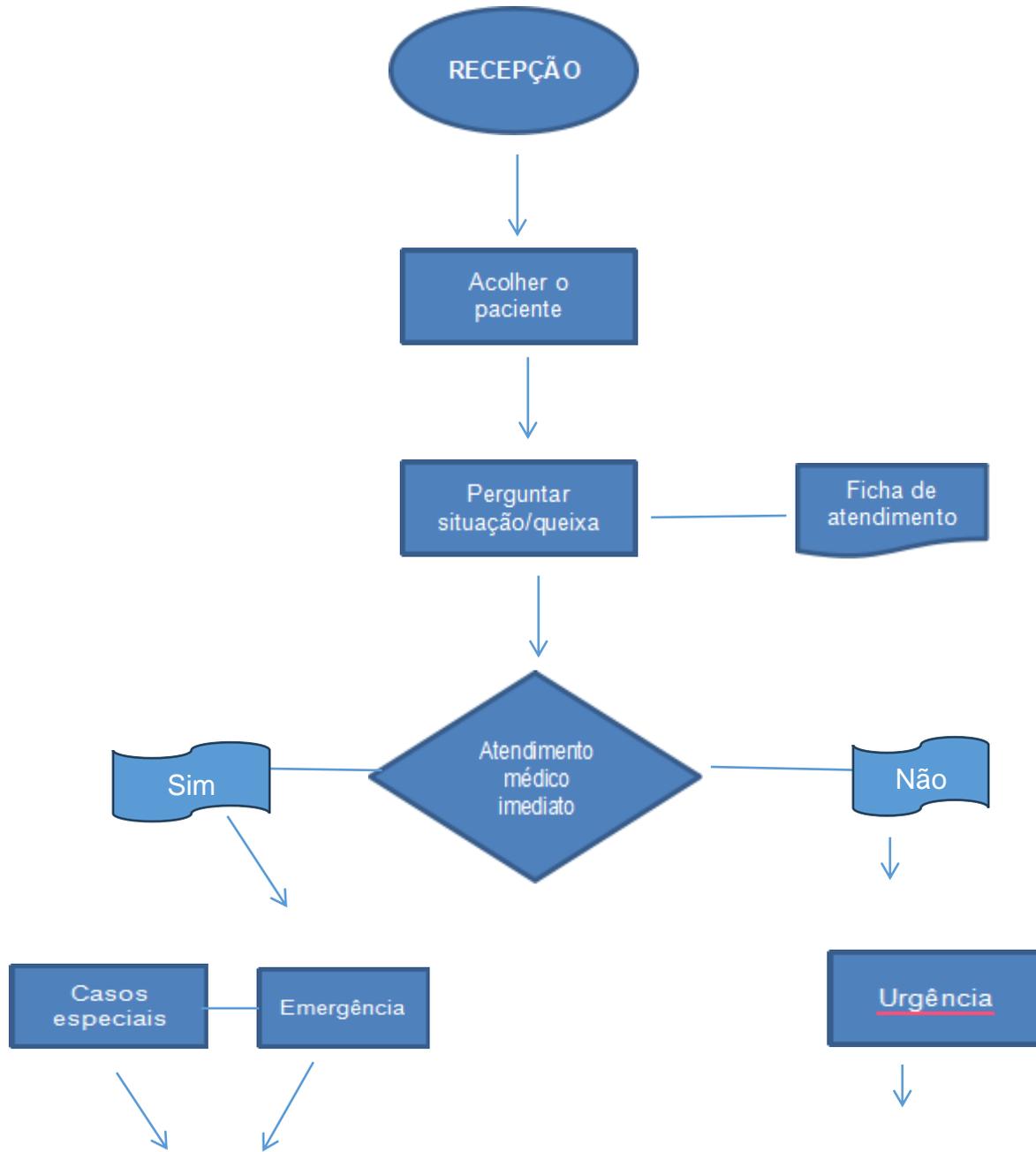
¹ Acessar no IPM ícone "+", digitar o número do IPM ou procurar pelo número do cartão SUS ou nome completo do paciente, em fila, optar por "atendimento médico (upa)" e Motivo:

“4 – consulta médica”. Para cadastro provisório, clicar no ícone da “lupa”, em seguida, no ícone do “lápis” e preencher com nome completo do paciente, data de nascimento, raça/cor, sexo, nome da mãe, endereço e telefone celular (somente pacientes que não têm cadastro no município).

Orientações gerais:

- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para o setor e seguir todas as normas sanitárias vigentes e higienizar as mãos após cada atendimento.
- Evitar expor o paciente ao identificar o motivo do comparecimento na UPA.
- Prestar informações e esclarecimentos conforme as dúvidas dos pacientes e familiares.
- Permitir somente um acompanhante para pessoas com deficiência, idosos >60 anos, menores de idade e pacientes psiquiátricos.
- Se paciente tiver cadastro provisório ou necessidade de atualização deste, solicitar para realizar o cadastro definitivo na unidade de saúde.
- Caso o sistema IPM esteja indisponível, utilizar formulário de atendimento multiprofissional impresso – Ficha de Contingência e informar os pacientes/acompanhante sobre a situação.
- Se paciente não tiver documentação de identificação, perguntar os dados de identificação e procurar o cadastro, confirmar as informações fornecidas com as que estão no prontuário eletrônico. Se não for possível localizar o cadastro com as informações fornecidas pelo paciente/acompanhante ou não saiba informar, realizar o cadastro provisório, comunicar ao enfermeiro, o qual deve registrar no atendimento (pré-consulta).
- Em casos de menores de idade sem acompanhante/responsável, deve-se realizar o acolhimento e recepção desde que o menor tenha 10 anos ou mais e capacidade de discernimento. Em caso contrário e nas situações em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo, comunicar o enfermeiro do setor para solicitar presença de um responsável.

Fluxograma 1: Recepção Clínica



Encaminhar imediatamente a sala vermelha



Comunicar a equipe

Orientar aguardar triagem na sala de espera

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 87	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				

OBJETIVO

Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência; classificar, mediante protocolo (Ministério da Saúde), as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

Construir o fluxo de atendimento na urgência/emergência;

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

Enfermeiros

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Após a inserção do paciente no sistema IPM, o acolhimento com classificação de risco não poderá ultrapassar 10 minutos.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂, glicemia (portadores de DM, idosos acima de 60 e conforme a queixa do paciente);

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças pré-existentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

- **PRIORIDADE ZERO (VERMELHA):** Encaminhar o paciente diretamente a sala de emergência e avisar o médico plantonista e a equipe de enfermagem da emergência; não perder tempo com a classificação, atendimento imediato, em risco iminente de morte.

Situação/Queixa

*Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12.

*Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. ¾Trauma Cranioencefálico grave – ECG <12; história de uso de drogas

*Comprometimentos da coluna vertebral.

*Desconforto respiratório grave.

*Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou

queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).

*Perfurações no peito, abdome e cabeça.

*Crises convulsivas (inclusive pós- crise).

*Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.

*Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.

*Tentativas de suicídio.

*Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).

*Parada cardiorrespiratória.

*Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco *Pulso > 140 ou < 45 *PA diastólica < 130 mmHg *PA sistólica < 80 mmHg *FR >34 ou <10;

*Hemorragias não controláveis.

*Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência. Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

*Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h. $\frac{3}{4}$ Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões.

*Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente. *Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.

*Fraturas da 1.ª e 2.ª costela.

*Fraturas 9.ª, 10.ª, 11.a costela ou mais de três costelas.

*Possível aspiração.

*Possível contusão pulmonar.

*Óbitos no local da ocorrência.

- **PRIORIDADE AMARELO:** Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

Situação/Queixa:

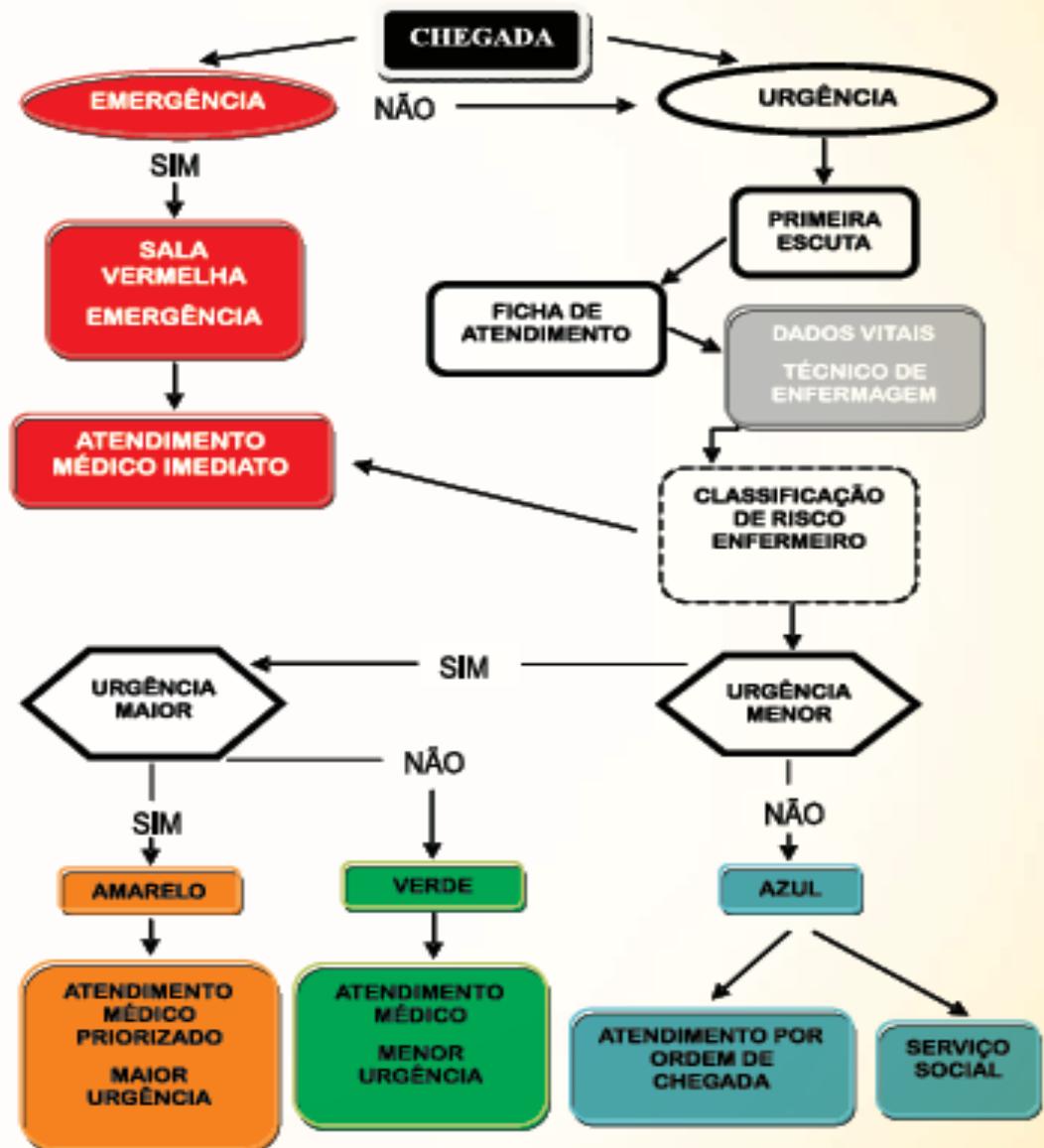
- * Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
 - * Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia. ¾ Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
 - * Diminuição do nível de consciência.
 - * Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
 - * História de Convulsão /pós-ictal– convulsão nas últimas 24 horas.
 - * Dor torácica intensa.
 - * Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
 - * Crise asmática.
 - * Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.
 - * Desmaios. ¾ Estados de pânico, overdose.
 - * Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: a. FC < 50 ou > 140 b. PA sistólica < 90 ou > 240 c. PA diastólica > 130 d. T < 35 ou. 40
 - * História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120. * Epistaxe com alteração de sinais vitais. ¾ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).
 - * Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita.
 - * Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.
 - * Desmaios. ¾ Febre alta (39/40° C).
 - * Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa.
 - * Intoxicação exógena sem alteração de sinais, Glasgow de 15.
 - * Vítimas de abuso sexual.
 - * Imunodeprimidos com febre.
- **PRIORIDADE VERDE:** Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

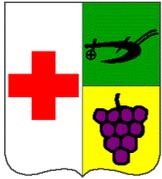
- *Idade superior a 60 anos.
 - * Gestantes com complicações da gravidez.
 - *Pacientes escoltados.
 - *Pacientes doadores de sangue.
 - *Deficientes físicos.
 - *Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
 - *Impossibilidade de deambulação.
 - *Asma fora de crise.

 - *Enxaqueca.
 - *Dor de ouvido moderada à grave.
 - *Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
 - *Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
 - *Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
 - *História de convulsão sem alteração de consciência.
 - *Lombalgia intensa.
 - *Abscessos.
 - *Distúrbios neurovegetativos.
 - *Intercorrências ortopédicas. Obs.: Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.
 - **PRIORIDADE AZUL:** Demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.
 - *Queixas crônicas sem alterações agudas.
 - *Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.
- Após a consulta médica segue o POP 109.

FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 88	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ATENDIMENTO MÉDICO NA EMERGÊNCIA				

OBJETIVO

Padronizar a qualificação do atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã dos pacientes que dão entrada no serviço classificados como emergência.

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

Equipe Médica

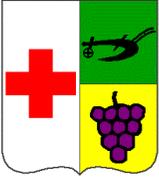
DESCRIÇÃO:

I Pacientes admitidos pelo setor de emergência, seja por meios próprios ou trazidos pelo samu, deverão ser admitidos pelo médico do setor. Se avaliado condição clínica não urgente, enfermeiro do setor realiza a avaliação de risco conforme protocolo e encaminha o paciente para a sala de espera, que aguardará consulta conforme sua classificação.

I Pacientes sem condições de aguardar atendimento em sala de espera deverão receber o primeiro atendimento ainda na sala de emergência, podendo ser encaminhados à sala de observação ou sala amarela caso não se julgue necessário a permanência no setor, ficando o seguimento do atendimento sob responsabilidade do médico responsável pelas reavaliações.

I Pacientes não devem ser encaminhados para aguardar atendimento em sala amarela, sala de observação ou poltronas no corredor, salvo em caso de superlotação do setor.

I Pacientes com ferida aberta e fratura aparente devem ser encaminhados à sala de sutura, priorizados e sinalizados da condição.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 89	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
ATENDIMENTO MÉDICO - CONSULTÓRIO			

OBJETIVO

Padronizar a qualificação do atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã dos pacientes que dão entrada no serviço classificados como urgências, não urgências e eletivos.

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência;

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

Equipe Médica

DESCRIÇÃO:

I Deve realizar o atendimento dos pacientes classificados como amarelo, verde e azul na avaliação de risco, sempre respeitando esta ordem de chamada.

I O atendimento deve ser realizado pelo médico de forma contínua e ininterrupta, respeitando os intervalos regulamentados.

I A consulta deve ser registrada minimamente em prontuário eletrônico, com anamnese e exame físico dirigido (registrar ao menos as alterações do exame), assim como hipótese diagnóstica e plano.

I Pacientes em condições de alta devem receber prescrição médica pertinente, preferencialmente oral. Em caso de necessidade de medicação sintomática parenteral, dar preferência às intramusculares. No caso de prescrição de medicação parenteral em paciente com condições de alta, esta pode ser prescrita em receituário simples, porém separado da dispensação da farmácia e deve-se dar desfecho alta do episódio em prontuário eletrônico.

I Pacientes com necessidade de tratamento em regime de urgência, sem condições clínicas de

seguimento ambulatorial, devem ser colocados em observação, receber medidas iniciais de tratamento, solicitação de exames complementares caso sejam necessários para definição de diagnóstico sindrômico. Os exames assim que realizados e liberados devem ser avaliados e registrados em prontuário eletrônico. Após medidas iniciais e exames realizados o paciente deve ser reavaliado quanto à necessidade de continuidade do cuidado em regime hospitalar ou tem condições de alta para seguimento ambulatorial. Em caso de necessidade de continuidade do cuidado em regime hospitalar inserir paciente na CLM ou CLP, de acordo com o quadro. Caso o paciente tenha condições de continuidade do tratamento em regime ambulatorial, registrar desfecho alta do episódio e fornecer prescrição pertinente e referenciar à unidade básica de saúde responsável pelo paciente se necessário.

Toda reavaliação ou intercorrência deve ser registrado em prontuário eletrônico em novo “atendimento multidisciplinar” nunca em “alterar o atendimento” para que não se perca registros e principalmente a cronologia do atendimento.

Toda alta deve ser registrada e deve ser dado desfecho no atendimento para que o sistema permaneça o mais atualizado possível.

Paciente com queixas psiquiátricas com condições de alta, que não apresentem sinais de risco devem ser referenciadas à unidade básica de saúde, caso contrário, devem ser encaminhados para acolhimento CAPS conforme agenda.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 90	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ATENDIMENTO NA SALA DE MEDICAÇÃO RÁPIDA				

OBJETIVO

Padronizar a qualificação do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã dos pacientes que dão entrada no serviço.

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

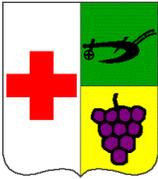
Equipe Médica

DESCRIÇÃO:

Pacientes encaminhados para medicação rápida devem já estar em condições de alta. Evitar ao máximo prescrever medicações parenterais nestes casos, sendo necessário, preferir apresentações intramusculares.

Os pacientes devem ser encaminhados à sala de medicação rápida já com alta registrada no sistema.

Favor prescrever somente a medicação a ser administrada, não sendo necessário prescrever a diluição, que neste caso será realizado conforme protocolo.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 91	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ATENDIMENTO NA SALA DE MEDICAÇÃO RÁPIDA/OBSERVAÇÃO				

OBJETIVO

Padronizar a qualificação do atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã dos paciente que dão entrada no serviço que necessitam realizar medicação EV, exames, ou etc.

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência.

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

Equipe Médica

DESCRIÇÃO

Pacientes encaminhados ao setor de observação devem preferencialmente ser reavaliados pelo profissional que realizou o primeiro atendimento, não sendo possível por término de jornada, fica responsável o médico escalado para o setor.

Não devem ser deixados para reavaliação do colega pacientes com medidas iniciais já realizadas e exames liberados, que devem ser vistos e registrados pelo profissional solicitante.

Após medidas iniciais e realização de exames necessários, se avaliado necessidade de continuidade do cuidado em regime hospitalar inserir paciente na CLM ou CLP, de acordo com o quadro, e colocar o paciente em observação longa.

Não inserir paciente para busca de vagas via CL< caso ainda não se tenha definição da real necessidade e definição do tipo de vaga necessária, aguardar medidas iniciais e exames solicitados. Não encaminhar para observação longa pacientes com exames pendentes que possam alterar o desfecho.

Caso o paciente tenha condições de continuidade do tratamento em regime ambulatorial, registrar desfecho alta do episódio e fornecer prescrição pertinente e referenciar à unidade básica de saúde responsável pelo paciente se necessário.

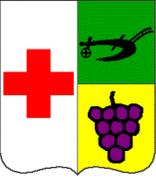
Toda reavaliação ou intercorrência deve ser registrado em prontuário eletrônico em novo “atendimento multidisciplinar” nunca em “alterar o atendimento” para que não se perca registros e principalmente a cronologia do atendimento.

Toda alta deve ser registrada e deve ser dado desfecho no atendimento para que o sistema permaneça o mais atualizado possível.

Paciente com queixas psiquiátricas com condições de alta, que não apresentem sinais de risco devem ser referenciadas à unidade básica de saúde, caso contrário, devem ser encaminhados para acolhimento caps conforme agenda.

Em caso de linha de cuidado com vaga garantida via protocolo, o paciente deve ser regulado via SAMU o mais breve possível.

Em caso de paciente egresso de internamento hospitalar há menos de 30 dias, e avaliado necessidade de novo internamento, seja pelo mesmo quadro clínico ou decorrência dele, em hospitais que possuam pronto atendimento, deve ser entrado em contato com o NIR ou pronto atendimento do hospital e solicitado a vaga. Este paciente não deve ser inserido para busca de vagas via central de leitos, salvo hospitais que não possuem pronto atendimento. Se houver dificuldade de contato ou pendência, o caso deve ser passado ao colega que assume o setor de observação, que fica responsável para que a vaga seja disponibilizada o mais rapidamente possível. O paciente não deve ser inserido para busca de vaga via central metropolitana de leitos ou colocado em observação longa.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 92	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
ATENDIMENTO NA SALA DE OBSERVAÇÃO LONGA			

OBJETIVOS

Padronizar a qualificação do atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã dos pacientes que dão entrada no serviço.

Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência

Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência.

EXECUTANTE

Equipe Médica

DESCRIÇÃO:

O setor de observação longa deve receber pacientes já com definição de necessidade de continuidade do cuidado em regime hospitalar e que não se encaixe em linha de cuidado com vaga garantida via protocolo.

Deve ser encaminhado ao setor com prescrição de internamento, contendo dieta, cuidados, procedimentos e medicações a serem administradas.

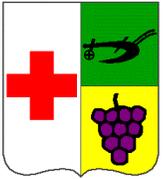
Deve ter sido inserido para busca de vagas via central metropolitana de leitos, e não ter exames pendentes que possam alterar conduta ou tipo de vaga solicitada, visto que o paciente terá apenas uma avaliação diária.

Os pacientes em regime de observação longa serão avaliados diariamente pelo médico escalado para o setor, que deve rever plano terapêutico, assim como reavaliar necessidade de internamento em regime hospitalar ou alta.

A avaliação deve ser registrada em prontuário eletrônico e as informações atualizadas junto à central metropolitana de leitos o mais breve possível.

Se durante o período em que se mantém em observação for avaliado que o paciente se encaixa em linha de cuidado com vaga garantida via protocolo, seja por alteração do quadro ou novo evento, o SAMU deve ser acionado o mais breve possível.

Também é responsabilidade do médico do setor entrar em contato com a central de leitos para discutir casos com necessidades específicas ou longa permanência, assim como acionar a coordenação se necessário.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 93	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
MANEJO DE ÓBITO				

OBJETIVO

Estabelecer o procedimento padrão para manejo dos óbitos

EXECUTANTE

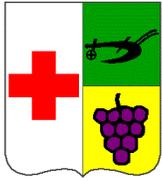
Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e Assistente Social.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para realizar as atividades descritas nesse POP é necessário o uso de computador com sistema IPM, telefone e livros de óbito.

- Checar se o médico que constatou o óbito realizou a evolução no IPM;
- Realizar evolução (enfermeiro) no IPM e anexar ao prontuário físico;
- Encaminhar o corpo com identificação (nome completo; nome da mãe; data de nascimento; data o óbito) ao morgue;
- Solicitar a presença do familiar na UPA Alto Maracanã, portando o documento de identificação do paciente e comprovante de residência;
- Entregar os pertences do paciente ao familiar e preencher o termo de entrega de pertences, solicitando assinatura do familiar. Anexar o termo no prontuário físico;
- Entregar a D.O para preenchimento pelo médico na presença dos familiares;
- Comunicar a coordenação no início do plantão (diurno e noturno), sobre os óbitos cujos corpos, encontrem-se no morgue;
- Colocar o óbito no livro, preenchendo todos os campos;
- Passar em plantão juntamente com o livro, corpos no morgue que aguardam a retirada pela funerária, informando todas as medidas tomadas com descrição no livro de óbito;
- Observações:

- Comunicar a coordenação imediatamente caso não consiga contato com familiar;
- Comunicar o profissional médico caso não consiga contato com familiar;
- A DO deverá ficar juntamente com o prontuário físico e o livro de óbito, deverão ficar na farmácia.
- Tirar foto da DO e postar no grupo dos enfermeiros e farmacêuticos (para ser encaminhada a Vigilância Epidemiológica do Município e conhecimento de todos os profissionais);
- Em situações de óbito domiciliar que o corpo é trazido à UPA para realizar DO, solicitar à funerária que o corpo deverá ser levado dentro do estacionamento para a constatação médica e verificação do corpo ou a critério do plantonista (a entrada da emergência não é o local adequado para verificação de corpo devido ao acesso de pacientes e familiares);
- Nos casos de óbitos domiciliares, este deve ser inserido no IPM e evoluído pelo médico e enfermeiro.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 94	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
ENTREGA DE PERTENCES DE PACIENTE				

OBJETIVO

Inventariar todos os pertences de pacientes que são admitidos na UPA Alto Maracanã.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Assistente Social.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Materiais: Livro de pertences de pacientes; Livro de entrega de pertences deixados na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã; Caneta esferográfica; Computador com acesso ao IPM, Armário de pertences.

Paciente COM ACOMPANHANTE no momento da admissão;

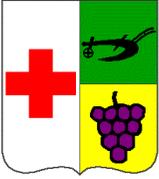
- Catalogar TODOS os pertences de pacientes admitidos em observação longa na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã no livro de pertences;
- Colocar em saco plástico identificando com nome e número do IPM;
- Profissional que realizou o inventário assina e coloca a data de internamento;
- Registrar no livro de entrega de pertences (especificando cada item), entregar para o familiar;
- Solicitar que o familiar assine o livro;
- Registrar no IPM que foi realizado o inventário no livro de entrega de pertences e colocar o número da página do livro ao qual foi realizado.

Paciente SEM ACOMPANHANTE no momento da admissão;

- Catalogar TODOS os pertences de pacientes admitidos em observação longa na Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã no livro de pertences;
- Colocar em saco plástico identificando com nome e número do IPM;
- Profissional que realizou o inventário assina e coloca a data do internamento;
- Deixar os pertences junto com o paciente, se este estiver consciente e lúcido;
- Em situações de pacientes confuso, inconsciente, desorientado, catalogar todos os pertences no livro de pertences, evoluir no IPM e entregar a Assistente Social;
- Assistente Social deverá entrar em contato com familiar, e orientar que busque pertences imediatamente na UPA, a fim de evitar extravios;
- Evoluir no IPM o contato realizado com familiares colocando o nome do familiar, data, horário e número do telefone;
- Na retirada de pertences pelo familiar solicitar assinatura e data da entrega e registrar a entrega no IPM.

Paciente foi a ÓBITO ou TRANSFERIDO deixando os pertences na UPA;

- Relacionar os pertences deixados pelo paciente no livro de pertences deixados no Pronto Atendimento Alto Maracanã;
- Colocar em saco plástico identificado com nome e número do IPM;
- Profissional que realizou o inventário assina e coloca a data da transferência/óbito;
- Registrar no IPM que foi realizado o inventário no livro de entrega de pertences e colocar o número da página do livro.
- Com os pertences devidamente identificados, entregar à Assistente Social que colocará no armário de armazenamento de pertences.
- Entrar em contato com familiar, e orientar que ficará no UPA por 7 dias a partir da data do contato, após 7 dias será realizado o descarte.
- Na retirada de pertences pelo familiar solicitar assinatura e data da entrega no livro de pertences.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 95	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS				

OBJETIVO

Atender a meta internacional de segurança do paciente, visando melhorar a segurança na administração de medicamentos; padronizar os procedimentos de administração de medicamentos, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida dos pacientes.

EXECUTANTE

Todos os profissionais da equipe da Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

DEFINIÇÕES

Nas instituições de saúde, o processo medicamentoso envolve profissionais qualificados de diferentes áreas. A prescrição é de responsabilidade médica, assim como a dispensação é tarefa farmacêutica e o preparo e a administração são funções da equipe de enfermagem.

Prescrição

É entendida como uma parte do processo do fornecimento de medicamentos seja para uso interno em hospitais ou não, devendo ser redigida de forma clara, simples, sem abreviações e sucinta com informações do paciente e do prescritor, tendo que ser revisada por farmacêuticos e enfermeiros, tratando-se de uma tarefa multiprofissional de modo a garantir a identificação de erros e o êxito da terapia aplicada, visando a segurança do paciente.

Obs: A prescrição terá validade de 24 horas quando o paciente estiver em observação longa no IPM.

Dispensação

Muitas vezes compreendida como o ato de entrega do medicamento é um processo de atenção à saúde de atividade do farmacêutico ou sob a sua supervisão, que também se integra com outros profissionais da saúde, no qual há orientação e informação sobre o uso do medicamento, com o cuidado não só neste, mas também no paciente. É uma etapa que se inicia desde a seleção e padronização do medicamento, passando pela aquisição, armazenamento e distribuição (ato de entrega ao usuário). Em ambiente hospitalar antes da distribuição é realizado o fracionamento de doses, até a orientação ao profissional prescritor e/ou administrador.

Administração de Medicamentos

Esta atividade se baseia no contato do medicamento, (substância) com a via a ser introduzida para absorção no organismo, sendo geralmente de responsabilidade da enfermagem o ato de administrar e de identificar possíveis erros surgidos nas etapas de prescrição e dispensação. É extremamente relevante seguir as etapas de conferência, confirmando todos os “9 certos da administração”, e possuir conhecimento técnico-científico, buscando identificar qualquer alteração e/ou reação após medicar o usuário.

4. DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS SEGURAS NA PRESCRIÇÃO

Tarefa do Prescritor

O mesmo deve preencher a prescrição de forma legível e sem rasuras, digitalizada e seguindo os seguintes passos:

- Identificação da instituição;
- Identificação do paciente;
- Identificação do prescritor (com seu registro no conselho e assinatura);

- Informações do medicamento [contendo o nome do medicamento de acordo com a DCB (Denominação Comum Brasileira), forma farmacêutica, dose, posologia e via de administração];
- A posologia dos antimicrobianos deve ser acrescida e atualizada quanto ao dia correspondente do total previsto para o tratamento (ex: D2/14). Esta prática, na ausência de outro método de barreira, auxilia na prescrição, dispensação e administração segura do antimicrobiano;
- Data da prescrição, lembrando que a mesma possui validade de 24h;
- Quando existentes dados de hipersensibilidade ou alergia do paciente a determinado medicamento, tais informações devem estar presentes na prescrição médica.

Ressalta-se a importância da emissão de prescrições eletrônicas, tendo em vista que as prescrições manuais costumam apresentar problemas com a legibilidade, possibilitando a indução a erros de dispensação e de administração dos medicamentos, que podem agravar o estado de saúde e colocar em risco a vida do paciente. A legislação respalda a obrigatoriedade da legibilidade da prescrição, tal como consta na Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, em seu artigo 35 e na Resolução do CFF nº 357/01 no artigo 21, além do próprio Código de Ética Médica, Capítulo III, Artigo 11.

Prescrições Verbais

O prescritor deve utilizar exclusivamente em casos de emergência, sendo necessária que o mesmo cite o nome, a dose, a via de administração do medicamento de forma clara. Nesse caso, o medicamento deve ser retirado do carrinho de emergência contido no setor para este fim. Após a situação emergencial a prescrição deve ser imediatamente feita e então utilizada para a obtenção do medicamento na farmácia e reposição do carrinho de emergência.

Tarefa do farmacêutico

A presença do farmacêutico na equipe multiprofissional se faz importante para a correta disponibilização de informações e orientações à equipe sobre a forma mais

adequada e segura de proceder à administração de medicamentos. Além disso, é essencial que o serviço de Farmácia colabore com a equipe de enfermagem para a prevenção de erros, preocupando-se com a seleção e padronização adequada dos materiais acessórios disponíveis para a administração dos medicamentos.

Cabe ao farmacêutico, a fim de garantir a segurança do paciente quando da administração de medicamentos, promover as ações apresentadas a seguir.

Avaliação das prescrições

A avaliação farmacêutica da prescrição é parte essencial do processo de garantia da segurança do paciente, quando da administração de medicamentos. Cabe ao farmacêutico avaliar as informações contidas na prescrição, tais como:

- Data da receita assegurando a validade da mesma;
- Presença de carimbo e assinatura do médico prescritor ao final da prescrição e ao lado dos medicamentos prescritos ACM quando da necessidade de administração dos mesmos, assegurando a ciência do prescritor acerca de tal administração;
- Conferir se as informações contidas sobre o medicamento (DCB, forma farmacêutica, dose, posologia e via de administração) condizem exatamente com o medicamento disponível na farmácia. Em casos de não conformidades, o farmacêutico possui a autonomia de realizar adequações tais como fornecer mais de uma unidade do medicamento ou orientar o funcionário responsável pela administração acerca da correta diluição para obtenção da dose necessária;
- Confirmar, por meio da prescrição e também de dados constantes no sistema IPM, a não existência de eventos prévios de reações alérgicas pelo paciente ao medicamento que está sendo dispensado;
- Definir o horário de realização das doses de seguimento às doses de ataque para medicamentos antimicrobianos e não antimicrobianos;
- Avaliar a compatibilidade dos medicamentos, esquemas posológicos, interações medicamentosas e alimentares.

Armazenamento de medicamentos

O correto armazenamento dos medicamentos é essencial para garantir a segurança do paciente na sua administração, de forma a garantir sua estabilidade química, física e microbiológica, além de permitir a fácil localização dos mesmos. Em centrais de abastecimento é importante ainda respeitar a lógica do PVPS: “Primeiro que vence primeiro que sai”. Sendo assim, medicamentos com validade próxima ao vencimento devem receber sistema de identificação (ex: etiqueta) a fim de alertar a equipe responsável e priorizar a dispensação, bem como recolhimento do vencido.

Sistema de distribuição e dispensação dos medicamentos

O sistema de distribuição de medicamentos em hospitais está diretamente relacionado com a frequência de erros. Com esse objetivo, a farmácia do Pronto Atendimento Maracanã utiliza o sistema de dispensação por Dose Individualizada, possibilitando, entre outros, a conferência da prescrição pelo farmacêutico e a dupla conferência da medicação a ser administrada em pacientes internados antes da dispensação.

No caso de frascos multidoses, a fim de evitar erros de administração, é importante a correta identificação após abertura para controle de estabilidade.

A segurança na administração do medicamento também é garantida pela avaliação dos carrinhos de emergência e sistemas de maletas de medicamentos nos setores, de forma a garantir a seleção, correta identificação e validade dos medicamentos presentes.

Tarefa da Equipe de Enfermagem

A administração de medicamentos é uma das funções assistenciais exercida na maioria das vezes, pela equipe de enfermagem, decorrendo da implementação da terapêutica médica. Na realidade brasileira, o exercício dessa atividade é praticado, na maioria das instituições de saúde, por auxiliares e técnicos de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro. A administração de medicamentos é uma das maiores responsabilidades do enfermeiro e demais integrantes da equipe envolvidos no cuidado do paciente. Não é somente uma tarefa mecânica a ser executada em

complacência rígida com a prescrição médica. Requer pensamento e exercício do juízo profissional.

O profissional de enfermagem fica responsável por organizar os horários de administração de cada item prescrito, especificando tais horários nas vias da prescrição.

Ao administrar os medicamentos dispensados no setor, o profissional de enfermagem realizará a checagem (contendo carimbo e assinatura) no local correspondente da prescrição e também no sistema IPM.

Cuidados no preparo e administração de medicamentos

Alguns cuidados são importantes no preparo e na administração dos medicamentos, reforçando a segurança na sua administração, entre eles, citam-se:

- Prescrição por ordem verbal somente em situação de emergência;
- Administrar medicamento somente com prescrição médica;
- Não administrar medicamento sem rótulo ou sem identificação;
- Verificar data de validade antes da administração;
- Não administrar medicamento preparado por outro profissional;
- Ter conhecimento sobre o medicamento que será administrado, seu efeito colateral, incompatibilidade com outros medicamentos e formas de apresentação;
- Verificar acondicionamento correto de medicamentos fotossensíveis e termolábeis;
- Não conversar durante o preparo de medicamentos;
- Manter a prescrição médica próxima para realizar consultas e checagem;
- Conferir os 9 Certos (citados na descrição das práticas seguras na administração). Os cuidados envolvendo a administração de medicamentos são necessários, independentemente da via de administração prescrita.

Práticas seguras na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem

Devem ser seguidas, no Pronto Atendimento Alto Maracanã, as seguintes práticas de administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, a fim de garantir a segurança do paciente.

Os 9 Certos da Administração de Medicamentos

- Paciente Certo
- Para identificação do paciente correto, é necessário:
- Chamar o paciente pelo nome completo (quando este estiver aguardando para a realização de medicação rápida);
- Verificar o nome identificado na pulseira (quando internado);
- Verificar o nome identificado no prontuário;
- Sendo necessário conferir o nome completo no paciente por, no mínimo, dois identificadores, antes da administração do medicamento.
- Medicamento Certo
- Verificar se o medicamento a ser administrado confere com o que foi prescrito;
- Verificar o diluente (tipo de volume) prescrito;
- Verificar a velocidade de infusão estabelecida;

É importante conferir se o paciente não apresenta alergia ao medicamento prescrito. Antes de preparar a medicação certificar-se mediante a prescrição e medicamento, dos dados abaixo:

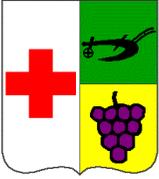
- Paciente, medicação, dose, horário, via de administração, diluição e tempo de infusão;
- Indicação e efeitos colaterais;
- Interações e recomendações especiais;
- Reações alérgicas;
- Caminho certo: certificar-se de que a descrição do medicamento e a via correspondem ao prescrito.
- Via de administração Certa
- Identificar a via de administração prescrita;

Em casos de dúvida ou ilegibilidade da prescrição, esclarecê-las com o enfermeiro ou farmacêutico, ou então diretamente com o prescritor, antes da administração.

Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via EV.

- Horário Certo
- Garantir que o medicamento seja administrado no horário correto, evitando a antecipação ou o atraso da administração, de forma a garantir a resposta terapêutica adequada.
- Se a antecipação ou atraso forem necessários, estas modificações poderão ser realizadas apenas com o consentimento do prescritor e do enfermeiro.
- Dose Certa
- Conferir a dose atentamente;
- Realizar checagem dos cálculos do preparo e da programação da bomba de infusão.
- Registro Certo
- Deve conter:
 - Registro do horário que o medicamento foi administrado;
 - Carimbo e assinatura do profissional que realizou a medicação;
 - A cada dose administrada, checar o horário da administração;
 - Registro de todas as ocorrências relacionadas ao medicamento.
- Orientação Certa
- O profissional de enfermagem deve estar apto para orientar e instruir o paciente de forma clara, acerca de:
 - Orientações sobre qual medicamento (nome) o paciente está fazendo uso. Instruir sobre a necessidade de acompanhamento ou monitoramento do tratamento, se for o caso;
 - Garantir ao paciente o direito de reconhecer os aspectos (cor e formato) do medicamento recebido para o tratamento, assim como a posologia (frequência de administração). De forma a minimizar os erros de medicação.
- Forma Farmacêutica Certa
- Checar se a forma farmacêutica e a via de administração conferem com a prescrição e se estão apropriadas à condição clínica do paciente.

- Monitoramento certo
- Esta etapa consiste em observar atentamente o paciente medicado a fim de avaliar suas respostas à medicação. Envolve a avaliação da eficácia conforme a finalidade da medicação, o que é crucial para alguns medicamentos de alto risco, tais como anticoagulantes, antiarrítmicos e insulina. É essencial conferir a obtenção dos efeitos desejados ou a ocorrência de qualquer outro efeito não esperado, sendo, para isso, indispensável à verificação dos sinais vitais após a administração destes medicamentos. Essa observação deve ser registrada no prontuário do paciente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 96	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
HIGIENIZAÇÃO EM AMBIENTES DE SAÚDE				

OBJETIVO

Padronizar rotinas de higienização nas dependências internas da Unidade de Pronto Atendimento

EXECUTANTE

Auxiliar de Serviços Gerais

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Definição da Classificação das áreas hospitalares:

- Críticas: São aquelas onde há maior número de pacientes graves ou imunologicamente deprimido, maior número de procedimentos invasivos em consequência, maiores riscos de infecções;
- Semi-críticas: São aquelas onde se encontram pacientes internados e o risco de infecção é menor;
- Não críticas: Todos os setores onde não há risco de transmissão de infecção e não existem pacientes;

Definição das categorias de higienização:

- A higiene dos hospitais é alcançada mediante os procedimentos de descontaminação, desinfecção e/ou limpeza;
- Limpeza: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual;

- Desinfecção: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies;
- Descontaminação: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície;

Definição de tipos de higienização hospitalar:

- Higienização concorrente – é a limpeza e desinfecção realizadas diariamente, quando o paciente se encontra internado, incluindo pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de Resíduos de Serviços de Saúde, de roupas e organização geral do ambiente. Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujeidade e risco de contaminação.
- Higienização imediata – é a limpeza e desinfecção realizada quando há presença de sujeidade e/ou matéria orgânica sempre que necessário;
- Higienização terminal – é a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grades de ar-condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidades de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados.

Produtos básicos utilizados na higienização:

- Para a limpeza de pisos e paredes recomenda-se o uso de detergente, e para os diferentes tipos de superfície como mobiliários e equipamentos podem ser utilizados água, detergente, Álcool a 70%, Hipoclorito de sódio a 1%,
- Água: É utilizada para diluição do desinfetante e também para remover as sujeiras
- Detergente: Substância que facilita a remoção de sujeidade, detritos e microrganismo visíveis, através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.

- **Álcool:** É amplamente utilizado como desinfetante e antisséptico no ambiente hospitalar, tanto o etílico, 70%, pela ação germicida (bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida), pelo custo reduzido e baixa toxicidade. Porém, não é capaz de destruir esporos bacterianos, evapora rapidamente, é inativado na presença de matéria orgânica. É indicado para desinfecção de nível intermediário ou médio de artigos e superfícies, exercendo seu efeito germicida após três aplicações de 10 Segundos, intercaladas pela secagem natural.
- **Hipoclorito de sódio a 1% -** O hipoclorito está indicado para desinfecção de alto, médio e baixos níveis, conforme concentração e tempo de contato com artigos e superfícies, podendo também ser utilizado para descontaminação. É um agente bactericida, virucida, fugicida, tuberculicida e destrói alguns esporos. Alguns fatores limitam o uso do hipoclorito, por ser altamente corrosivo para alguns metais (alumínios, cobre, bronze, aço inoxidável e cromo) e mármore, sendo danificados com a exposição prolongada. Essas soluções devem ser estocadas em lugares fechados, frescos, escuros.

Materiais:

- Conjunto mops (cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil);
- Rodos;
- Baldes;
- Panos para limpeza;
- Borrifador;
- Escadas;
- Escova de cerdas duras;
- Carro funcional;
- Placa de sinalização;
- Carros para transporte de resíduos;
- Luvas descartáveis;
- Luvas emborrachadas;
- Outros equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara, avental e botas);
- Produto indicado para o tipo de higienização a ser realizada.

Ações:

- Utilizar EPI's;
- Do mais limpo para o mais sujo;
- Da esquerda para direita;
- De cima para baixo;
- Do distante para o mais próximo;
- Ao proceder à limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos e/ou mops limpos;
- Usar sempre mops diferenciados para enfermarias e banheiros;
- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos.
- Manter panos e cabeleira alvejadas, baldes e materiais de trabalho limpos;
- Nunca deixar panos e mops de limpeza imersos em solução, pois pode diminuir sua vida útil, além de servir de meio de cultura para microorganismos;
- Encaminhar panos de limpeza e mops à lavanderia após cada turno de trabalho;
- Caso seja necessário utilizar álcool a 70% na desinfecção de superfícies (móvel, computador, bancadas...), realizar a fricção mecânica no mínimo três vezes deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.
- Nunca substituir escadas por cadeiras;
- Utilizar escadas apenas em superfícies planas;
- Manter postura corporal adequada;
- Não levantar ou carregar objetos muito pesados sem ajuda;
- Comunicar ao chefe imediato acidentes logo após a ocorrência;
- Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;
- Nunca manusear equipamentos elétricos com mãos molhadas;
- Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.
- As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3, ou seja, 80% de sua capacidade.
- Lavar as lixeiras semanalmente e sempre que necessário.
- O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.
- Nunca usar luvas emborrachadas para limpeza de móveis.

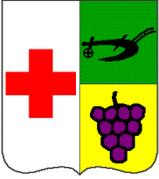
FREQÜÊNCIA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO

Tabela 1- Frequência de Limpeza Concorrente

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQÜÊNCIA MÍNIMA DE LIMPEZA
Áreas Críticas	3x por dia e sempre que necessário
Áreas semicríticas	2x por dia e sempre que necessário
Áreas não Críticas	1x por dia e sempre que necessário
Áreas Comuns	2x por dia e sempre que necessário
Áreas externas	2x por dia e sempre que necessário.

Tabela 2 - Frequência de Limpeza Terminal

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQÜÊNCIA MÍNIMA DE LIMPEZA
Áreas Críticas	Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido)
Áreas semicríticas	Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido)
Áreas não Críticas	Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido)
Áreas Comuns	Data, horário, dia da semana preestabelecido.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 97	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
HOTELARIA-GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS				

OBJETIVO

Formalizar a padronização dos Serviços de Processamento de Roupas do Pronto Atendimento Alto Maracanã, bem como relacionar os procedimentos necessários para recolhimento das roupas nas unidades de internação e anexos, melhorar a segurança do colaborador durante a execução dos procedimentos evitando acidentes de trabalho e contaminações.

EXECUTANTE

Auxiliar de Serviços Gerais

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Definição:

De acordo com o Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde - Prevenção e Controle de Risco, 2009 da ANVISA, a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas as unidades do hospital.

Atividades Realizadas pela Unidade de Processamento de Roupas

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

Retirada da roupa suja da unidade geradora e o seu acondicionamento



Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento



Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja



Processo de lavagem da roupa suja



Centrifugação



Secagem, calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa



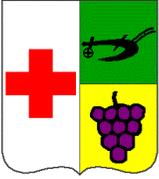
Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa

Precauções

Segundo o Ministério da Saúde as precauções padrões a serem adotadas nas lavanderias dos serviços de saúde são: utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); lavagem das mãos; programas de vacinação, imunização contra Hepatite B e tétano; controle de acidentes com material perfurocortante.

Prevenção quanto aos riscos biológicos: são aqueles que expõem os indivíduos a doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas.

Obs.: O serviço da lavanderia da Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã funciona das 07h00min às 19h00min.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 98	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
IMOBILIZAÇÃO			

OBJETIVO

O objetivo da imobilização é a condução das vítimas à assistência especializada sem causar danos adicionais, principalmente no que diz respeito à coluna vertebral.

DESCRIÇÃO

Recursos necessários

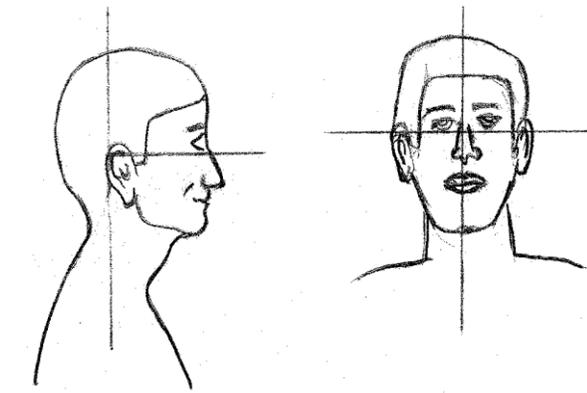
Para realizar as atividades descritas nesse POP é necessário o uso de colar cervical, talas de imobilização (rígidas, infláveis; de papelão etc.); bandagens triangulares; macas rígidas longas;

Ações:

Imobilização Cervical

Inicialmente a imobilização cervical deve ser realizada manualmente, segurando a cabeça com as mãos e cuidadosamente trazendo para a posição em linha neutra (fig.1), exceto quando houver espasmo muscular, aumento da dor, aparecimento ou agravamento de uma deficiência neurológica ou comprometimento das vias aéreas/ventilação, onde fica contraindicado o reposicionamento em linha neutra.

A cabeça permanecerá imobilizada manualmente em linha neutra até o término da imobilização mecânica



Vista lateral

Vista Frontal

Fig.1. Posição em linha neutra

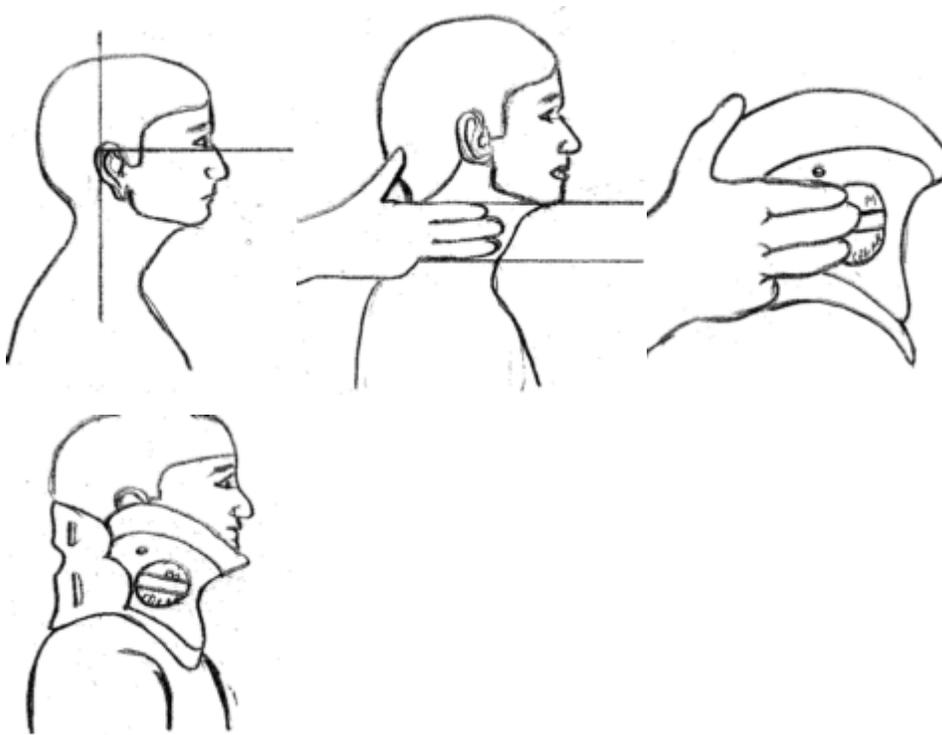
Colar Cervical

O colar cervical é um excelente dispositivo auxiliar na imobilização, porém não limita completamente os movimentos laterais e de flexão-extensão, devendo, portanto ser utilizado em conjunto com o imobilizador de cabeça e o dispositivo de fixação do tronco.

Um colar efetivo deve estar em contato com o peito e a região dorsal superior, na sua porção inferior e em contato com o occipício e a região infra mentoniana, na sua porção superior.

O mesmo deve ter o tamanho apropriado ao paciente, minimizando ao máximo os movimentos e ao mesmo tempo permitindo a abertura parcial espontânea da boca pelo paciente ou pelo profissional, em caso de vômitos, minimizando a possibilidade de broncoaspiração.

A escolha do tamanho do colar cervical mais adequado: Fig.2



Posição Neutra

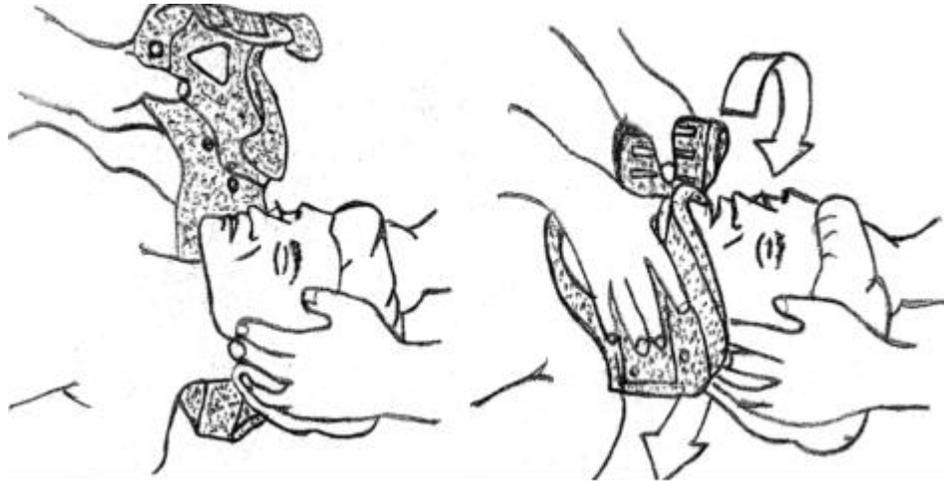
Altura do Pescoço

Tamanho do colar

Colar Colocado

Fig. 2

- ✓ Vítima com a cabeça em posição neutra.
- ✓ Verifique com seus dedos a altura do pescoço, compreendida entre a linha imaginária que passa pelo bordo inferior da mandíbula e a linha que passa pelo ponto onde termina o pescoço e inicia o ombro.
- ✓ Verifique a altura do colar cervical (tamanho), calculando a distância entre o pino preto de fixação à borda rígida do colar. Não inclua na medida a borda macia do mesmo.
- ✓ Escolha o colar que apresentar esta altura semelhante à aferida com seus dedos (altura do pescoço) Fig.3



Colocação do colar

Fig. 3

Imobilização do Tronco

Se levar em consideração o dispositivo de imobilização, este deve imobilizar de tal forma que não permita movimentos para cima, baixo, direita e esquerda. Neste dispositivo a cabeça, tórax e membros inferiores deverão estar fixados, impedindo desta forma a mobilização da coluna vertebral.

O dispositivo mais utilizado em nosso meio é a prancha longa (Fig.4), onde as cintas ajustáveis poderão estar dispostas perpendicularmente ao eixo principal do paciente e para minimizar a possibilidade de deslocamento para cima e para baixo, dispostas em X no tórax (fig.5).

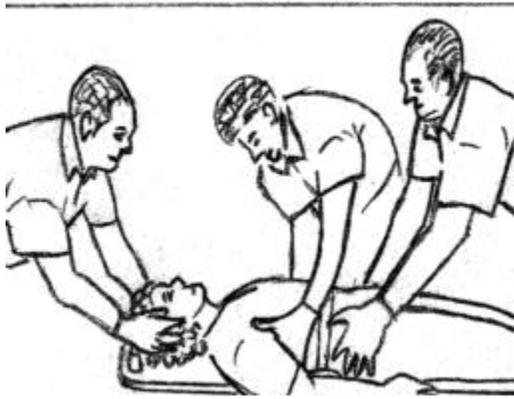


Fig. 4



Fig. 5

As cintas deverão estar, preferencialmente, no tórax, na pélvis (sobre as cristas ilíacas), acima e abaixo dos joelhos (fig.6,7,8).

Dependendo da necessidade poderemos aumentar o número de cintas, porém aquelas que forem colocadas no tórax inferior e no abdômen inferior não poderão estar ajustadas apertadas para não impedir a excursão do tórax e nem promover aumento da pressão intra-abdominal.

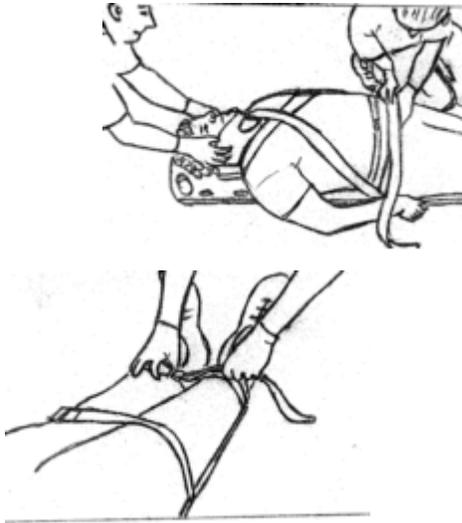


Fig. 6

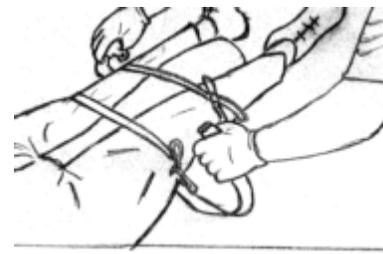


Fig. 7

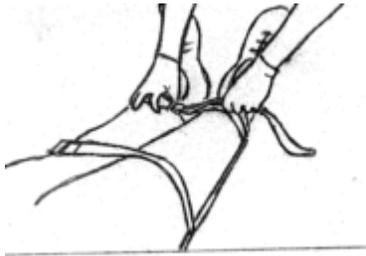


Fig. 8

Imobilização de Cabeça

Antes da imobilização da cabeça à prancha longa ou outro dispositivo, deve-se avaliar a necessidade da colocação de “coxim” sob a cabeça ou tórax, para que haja um adequado posicionamento em linha neutra:

Em muitos adultos, por uma questão anatômica própria do paciente, o posicionamento na prancha longa, produz uma indesejada hiperextensão da cabeça em relação ao tronco, fazendo-se necessário a colocação de coxim sob a sua cabeça (fig. 9 e 10).

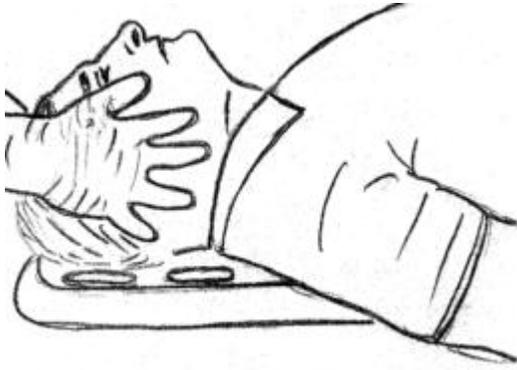


Fig. 9



Fig. 10

Em crianças, ao posicionarmos em prancha, ocorre uma indesejada hiperflexão da cabeça pela desproporção entre a cabeça e o tórax (própria da idade), fazendo-se necessário a colocação de coxim sob o tórax para a correção desta desproporção (fig.11 e 12).

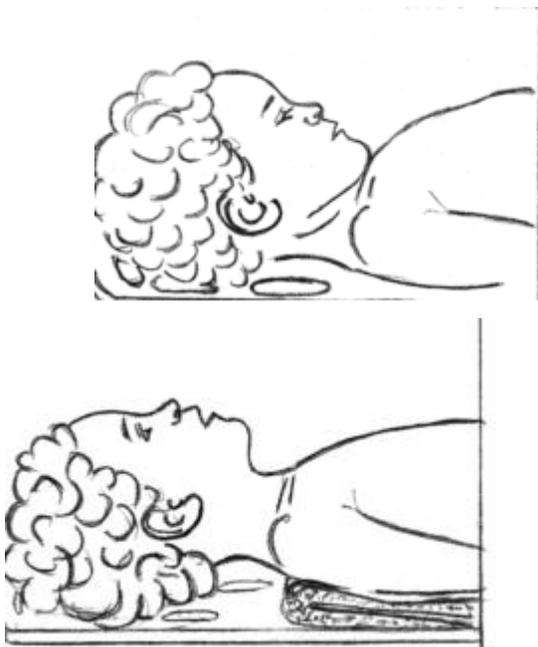


Fig. 11

Fig. 12

O coxim a ser utilizado não poderá ser de material de “fácil” compressão, sendo mais indicados os de materiais semirrígidos, mais firmes, podendo também ser utilizadas toalhas dobradas.

A altura do coxim deve ser o suficiente para a correção da desproporção encontrada.

Uma vez o dispositivo rígido tenha sido imobilizado ao tronco e adequado acolchoamento tenha sido realizado, a cabeça deve agora ser “fixada” ao dispositivo. Devido à cabeça ter formato arredondado, ela não pode ser estabilizada em uma superfície plana somente com faixas ou fitas, isso permitiria movimentos rotatórios. Para que estes movimentos não ocorram, deve ser colocado o imobilizador de cabeça (fig 13 e 14) e ajustado por meio de bandagens, as quais deverão estar posicionadas uma passando sobre a região frontal (testa) e a outra sobre os blocos de fixação na sua porção inferior (passando por cima do colar cervical, porém sem contato com o mesmo).

As bandagens devem permanecer ajustadas o suficiente para que não permita movimentos, e normalmente isso promove certa compressão nos blocos de espuma.

Outro material como cobertor enrolado, poderá ser utilizado na fixação da cabeça, mas este tipo de fixação deve ser executado com maior critério e na ausência do fixador clássico,

como por exemplo, nos atendimentos a múltiplas vítimas onde os recursos podem ficar escassos.

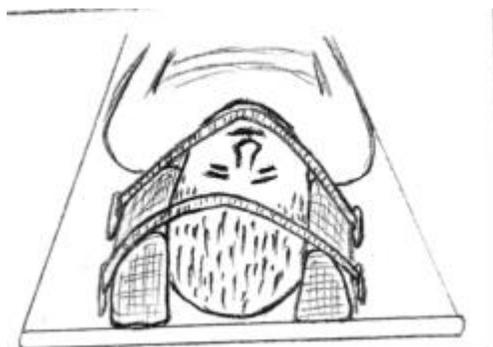


Fig. 13

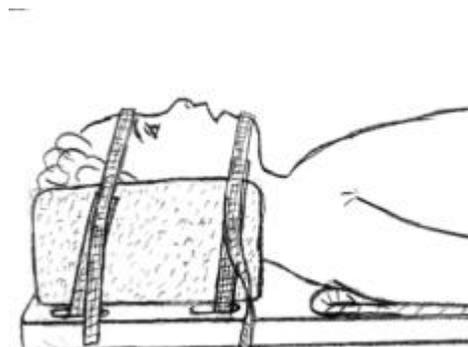


Fig. 14

Imobilização das Pernas

A rotação externa das pernas pode resultar em movimento anterior da pélvis e da coluna inferior. Para eliminar esta possibilidade devemos colocar um coxim entre as pernas (podendo este ser com talas ou cobertor enrolado) e ajustar as cintas no terço médio das coxas, abaixo dos joelhos e acima dos pés. Maior quantidade de cintas poderá ser utilizada dependendo da necessidade (fig.15 e 16).

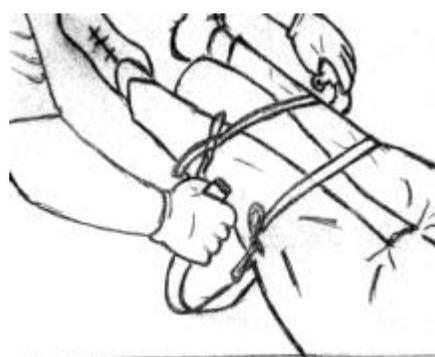
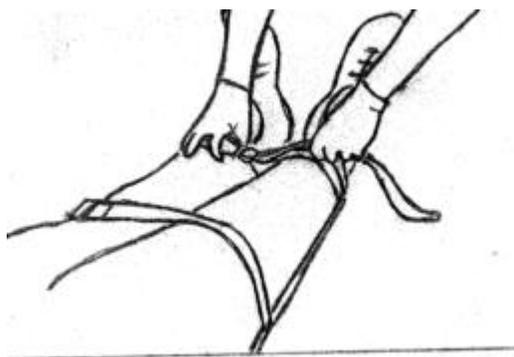


Fig. 15

Fig. 16

Imobilização dos Braços

Os braços poderão ser fixados junto ao tronco ou separadamente por cintas adicionais, a vantagem da fixação em separado é que poderemos soltá-la para aferir a pressão arterial ou cateterizar uma veia.

Esta fixação não deve ser muito apertada ao nível das cristas ilíacas para não comprometer a circulação das mãos.

Após a imobilização os pulsos periféricos deverão ser reavaliados e a sua ausência implica em mais uma tentativa de imobilização. Se com esta nova tentativa ainda houver ausência do pulso é imperativo que o transporte para o hospital seja o mais rápido possível.

Posicionamento do paciente em supino na prancha

Sempre manter a cabeça em linha neutra através da imobilização manual e todas as manobras comandadas pelo profissional que está liderando a ocorrência, normalmente o que está imobilizando a cabeça (Fig.17).

Vários métodos de se colocar o paciente sobre a prancha longa são descritos, o mais utilizado é o de rolamento em bloco. Todos os métodos devem ser exaustivamente treinados em manequins para que na situação real não incorra em erros.

O método de rolamento em bloco que se eleva um braço sobre a cabeça ou permite movimento lateral das pernas NÃO deve ser utilizado por promover movimento indesejado da coluna vertebral (rotacional).

O método seguinte mantém os braços estendidos e rentes ao corpo do paciente e também mantém a pélvis e pernas em alinhamento neutro (fig.18):



Fig. 17

Fig.18

Enquanto a imobilização em linha neutra é mantida pelo profissional líder na cabeça do paciente, um colar cervical é aplicado e a prancha longa é posta ao lado do paciente e o mesmo é preparado para o rolamento em bloco.

Um segundo socorrista ajoelha-se ao lado do tórax do paciente e um terceiro socorrista ajoelha-se ao lado do segundo ao nível dos joelhos do paciente. Os braços são posicionados colados ao corpo do paciente e com as palmas voltadas para o paciente enquanto as pernas são trazidas juntas para o alinhamento neutro pelo terceiro socorrista. Ficam nesta etapa os joelhos dos socorristas apoiando a lateral do paciente e então estes dois socorristas irão segurar a lateral oposta do paciente, um segurando com uma mão o ombro e com a outra a mão a pélvis do paciente e a outra a coxa lateral superior e a perna lateral inferior ao joelho contralateral àquele fixado por suas pernas. O paciente fica desta forma comprimido pelos segundo e terceiro socorristas (fig.19).

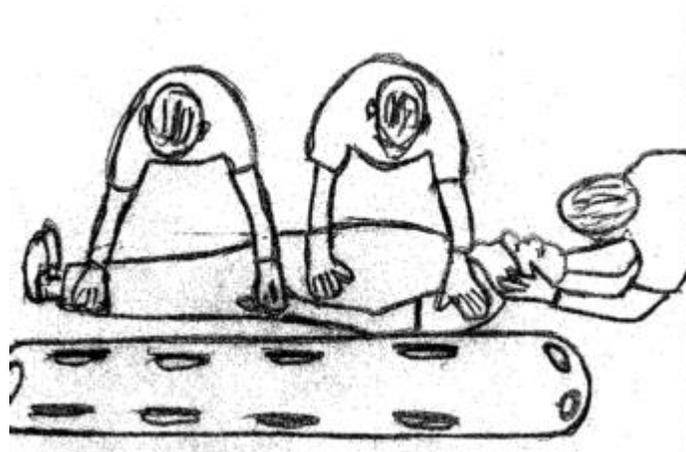


Fig.19

Ao comando do profissional que está na cabeça, todos de forma sincronizada (no 3 ; 2,1) promoverão a rotação em bloco do paciente, permitindo que com a inclinação conseguida se posicione a prancha longa sob o paciente(fig.20).

Então o paciente é rolado de volta sobre a prancha longa, também de forma sincronizada e em bloco, preservando o alinhamento em posição neutra da coluna vertebral. Todos os reposicionamentos necessários deverão ser sincronizados e ao comando do socorrista líder (Fig.21)



Fig.20

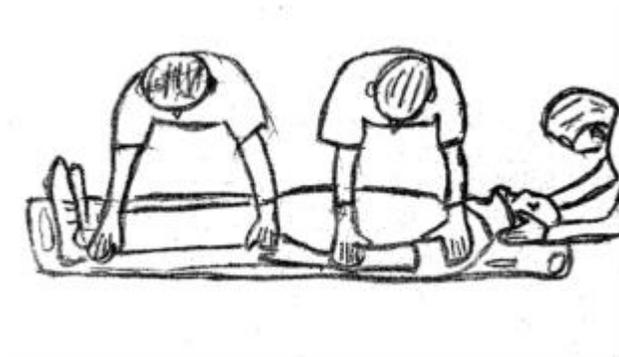


Fig.21

Quando o paciente é encontrado em decúbito ventral, um método similar ao da posição em supino é realizado, com algumas adaptações.

O socorrista 1 apoia a cabeça e o socorrista 2 posiciona a prancha longa, enquanto os membros superiores e inferiores são alinhados. O colar cervical somente deverá ser colocado quando o paciente estiver em supino (fig.22).

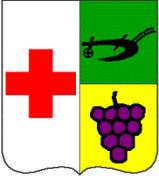
O paciente é rolado na direção oposta à que o seu rosto está direcionado, enquanto o socorrista 1 mantém o alinhamento da cabeça em posição neutra. Os socorristas 2 e 3 se posicionarão sobre a prancha longa e primeiro o paciente será rolado para uma posição lateral e a seguir para a posição em supino conforme o método descrito anteriormente, sempre mantendo-se o alinhamento manual da cabeça em posição neutra pelo socorrista 1 (fig.23).



Fig.22



Fig.23

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 99	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO				

DEFINIÇÃO

A prova do laço é um exame rápido, dentro do grupo de provas de coagulação, realizado em casos de suspeita de dengue, escarlatina ou trombocitopenia, com a finalidade de identificar a fragilidade dos vasos sanguíneos e a tendência ao sangramento. O método consiste na visualização de petéquias no antebraço após garroteamento.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem.

OBJETIVO

Descrever o procedimento para realização da prova do laço;
 Otimizar o atendimento e contribuir para a qualidade da assistência prestada, em usuários com suspeita de dengue que não apresente sangramento espontâneo;
 Avaliar a presença de sangramento induzido (prova positiva).

MATERIAIS:

Luvas de procedimentos;
 Esfigmomanômetro adulto e infantil;
 Caneta esferográfica;
 Algodão embebido em álcool a 70%;
 Régua.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica com a solicitação para realizar o procedimento;
 Higienizar as mãos;
 Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento;

Posicionar o paciente de maneira confortável, sentado ou deitado;

Verificar se o paciente apresenta qualquer tipo de lesão no antebraço e dorso da mão que possa ser confundido com petéquias (ex. sardas ou manchas);

Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$;(por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg);

Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos e três minutos em crianças;

Orientar o paciente que pode ocorrer dormência, formigamento e cianose do membro;

Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5cm da dobra do cotovelo, fazer um quadrado com caneta e observar a formação de petéquias no local.

Contabilizar o número de petéquias no quadrado;

Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças;

Limpar o antebraço com o algodão embebido em álcool a 70%;

Desprezar as luvas e algodão em lixeira apropriada;

Higienizar materiais utilizados e as mãos;

Anotar no prontuário do usuário resultado do exame;

Se a prova do laço der positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela poderá ser interrompida;

A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque;

Informar ao médico sobre o resultado e encaminhar o usuário para o atendimento, conforme o caso.

ENTENDA O QUE É E COMO FUNCIONA A PROVA DO LAÇO

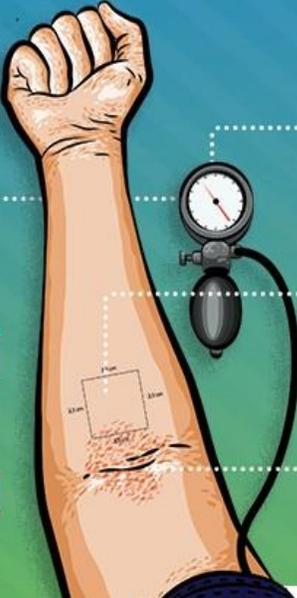
Avaliação da pressão arterial máxima e mínima

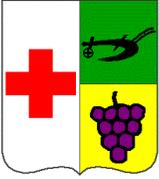
Insufalar medidor de pressão até o valor médio

Retirar depois dos 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças

Desenhar quadrado de 2,5 x 2,5 cm

Quantidade de pontos vermelhos presentes: + se 20 ou mais em adultos e 10 ou mais em crianças



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 100	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
MANEJO DOS CASOS COM SUSPEITA DE DENGUE NA UPA				

DEFINIÇÃO

Definir o fluxo de atendimento de pacientes com suspeita de dengue encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e pacientes que procuram a Unidade de Pronto Atendimento por procura direta.

OBJETIVO

Descrever o fluxo para atendimento de pacientes com Suspeita de Dengue
Otimizar o atendimento e contribuir para a qualidade da assistência prestada, em usuários com suspeita de dengue.

EXECUTANTE

Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem;

MANEJO DO FLUXO

Pacientes Encaminhados da UBS

Serão encaminhados para a sala de hidratação - colocados no IPM - Fila Suspeita de Dengue - Atendimento 4 - consulta médica - encaminhados aos enfermeiros do plano de contingência - realizar classificação de risco, estadiamento A e B, deverão ser classificados no azul (mesmo com prova laço positiva) caso não realizado pela UBS a prova do laço realizar (conforme POP 113) - colocar em observação no IPM. Administrar prescrição da unidade (hemograma/hidratação) coletar o hemograma e após resultado passa para o médico que ficará como reavaliador (CD) dos casos suspeitos de dengue (este chegará às 13:00h) pela manhã quem irá realizar a reavaliação é o profissional reavaliador da escala normal. Realizar evolução completa no IPM.

Serão encaminhados para a sala de hidratação - colocados no IPM - Fila Suspeita de Dengue - Atendimento 4 – consulta médica - encaminhados aos enfermeiros do plano de

contingência - realizar classificação de risco e os classificados com estadiamento C e D classificar como amarelo e encaminhar ao regulador de fluxo.

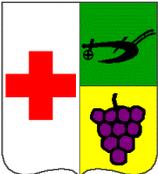
Pacientes com busca direta na UPA

Paciente chega na recepção – insere no IPM - Fila - Suspeita de Dengue - Atendimento 4 - consulta médica - aguardam para realizar a classificação de risco com os enfermeiros escalados para este setor (recepção) - estadiamento A e B classifica no azul, encaminha ao enfermeiro da contingência para realizar a consulta de enfermagem conforme protocolo, segue o fluxo do protocolo de contingência – realiza evolução no IPM – Realiza a notificação compulsória no IPM – Preenche carteirinha acompanhamento da dengue.

Paciente chega na recepção – insere no IPM - Fila - Suspeita de Dengue - Atendimento 4 - consulta médica - aguardam para realizar a classificação de risco com os enfermeiros escalados para este setor (recepção) - estadiamento C e D, classifica como amarelo para aguardar atendimento médico – médico realiza a evolução/prescrição/ solicitação de exames – Realiza a notificação compulsória - Preenche carteirinha acompanhamento da dengue.

Obs.: Verificar diariamente o reavaliador e horário de chegada reavaliador dos casos suspeitos de dengue;

Casos de pacientes com hipertermia deverá ser medicado conforme Plano de Contingência.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 101	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA			

OBJETIVO

Realizar atendimento humanizado as mulheres vítimas de violência

EXECUTANTE

Toda a equipe multiprofissional Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã.

DESCRIÇÃO:

Classificação de Risco/ Acolhimento: O acolhimento da pessoa em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional Classificação de Risco. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. Diante de todo medo e insegurança que uma mulher em situação de violência vive, ao chegar em um serviço de emergência ela se depara com o enfermeiro, que ao receber está vítima deve voltar seu olhar e sua atenção para a mulher como um todo, deixar de lado suas crenças e julgamentos, deve agir com ética e empatia, buscando não só cuidar dos ferimentos físicos, mas também dos ferimentos emocionais e psicológicos acarretados por essa mulher devido as agressões. A mulher deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade de entrevista na presença de outro profissional sem o familiar. Para fins de prioridade e encaminhamento, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência e a procura pelo atendimento. Dados como tipo de violência (Violências físicas, Violências psíquicas ou emocionais, Violências sexuais, Violências econômicas). Estas informações preliminares deverão ser registradas no IPM para que a pessoa não necessite repetir várias vezes o fato ocorrido. Seguindo das coletas das demais informações e SSVV.

Cabe aos profissionais informar sobre os procedimentos e medidas que serão realizadas. A paciente deverá ser classificada como atendimento prioritário e deverá ser encaminhada para a sala da regulação de fluxo para aguardar o atendimento médico.

Atendimento Clínico: Realizar o exame clínico e físico, sendo que o exame físico deverá ser metucioso, com descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica, bem como descrição minuciosa de vestígios e de outros achados nos exames, entre outras situações observadas durante o exame. Inclusive os exames ginecológicos e urológicos, registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de IST. Descrever as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais. Realizar o exame físico e clínico com a presença de outro (a) profissional de saúde. Informar os passos do exame, os locais do corpo a serem tocados, explicando os procedimentos que serão realizados. Havendo a recusa, a decisão e autonomia da pessoa devem ser respeitadas, conforme previsto no Código de Ética Médica Brasileiro, que cita que é vedado ao profissional “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Registrar todas as informações cuidadosamente no IPM tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado, ou seja, o registro minucioso das informações do prontuário.

Atendimento Social: Quando verificada a situação de violência, o Serviço Social deverá ser acionado pelos profissionais que identificarem a ocorrência. A situação também poderá ser identificada através de busca ativa por meio de abordagem na visita ao leito. O atendimento social às mulheres em situação de violência deverá ser conduzido de maneira humanizada e livre de preconceitos, priorizando o acolhimento e a orientação contínua, o atendimento deverá ser individual, procedendo-se com a escuta qualificada e análise de possíveis encaminhamentos aos serviços da rede municipal de proteção à Mulher. No atendimento é essencial identificar tanto os fatores de risco explícitos e implícitos quanto os fatores de proteção, considerando o histórico e contexto familiar, social e cultural da paciente. A assistente social deverá esclarecer sobre os recursos disponíveis na instituição e na rede de saúde e assistência social, que são essenciais para a continuidade do cuidado. O atendimento social se estenderá aos familiares e à rede de apoio quando necessário, visando fortalecer suas funções protetivas e romper com padrões violadores de direitos. O encaminhamento para órgãos competentes é feito de acordo com as demandas

apresentadas, utilizando formulários específicos e colaborando com a rede socioassistencial, de forma a priorizar os encaminhamentos para o CREAS e a Casa da Mulher Colombense. Uma vez em que a paciente decida pelo não encaminhamento à rede de proteção, o Serviço Social encaminhará o relatório informativo ao CREAS, para que se verifique a busca ativa e acompanhamento. Durante o internamento, será ofertado suporte social à paciente, aos seus familiares e pessoas de referência, atentando-se sempre aos direitos sociais e possíveis encaminhamentos que se fizerem pertinentes. Se porventura a paciente venha solicitar restrição de acesso a UPA, a assistente social deverá registrar no IPM as pessoas autorizadas e não autorizadas a adentrar à Unidade e comunicará à equipe de enfermagem, segurança e à coordenação. No contexto de alta, o Serviço Social procederá com as orientações sobre serviços como a Casa da Mulher Colombense, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário, Delegacias de Polícia e Defensoria Pública, que podem auxiliar na superação da violência.

Preencher a Notificação SINAN.

Encaminhar a ficha de violência por e-mail a rede de proteção e a vigilância epidemiológica do Município.

IMPORTANTE!

Muitas podem ser as manifestações emocionais das pessoas vítimas de violência, como o medo, ansiedade, receio, entre outros. Como coloca o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Estado do Paraná, não cabe aos profissionais emitirem opiniões próprias ou levantar “curiosidades pessoais”, sem interesses clínicos.

O atendimento pelo serviço de saúde à pessoa em situação de violência NÃO está condicionado ao registro de Boletim de Ocorrência (B.O.). Caso a pessoa NÃO queira registrar o BO, sua decisão deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral à saúde, sendo fundamental prestar todas as orientações necessárias a respeito de seus direitos.

Orientar sobre a importância do registro do B.O., documento que formaliza a denúncia e visa instaurar processo de investigação policial;

Esclarecer a pessoa em situação de violência sexual dos procedimentos necessários para a realização da coleta de vestígios de violência sexual para fins de investigação. Caso ela decida pela coleta, o serviço de saúde de referência comunicará a delegacia para que esta acione o IML, e será instaurado processo de investigação policial e eventual ação penal,

independentemente do consentimento da pessoa em situação de violência sexual, conforme disposto na Lei 13.718/2018;

Atendimento as Vítimas de violência sexual a partir de 12 anos completos é realizado pelo Complexo Hospital de Clínicas - UFPR

Localização: Rua General Carneiro 181– Prédio da Maternidade (Anexo A)

Horário de Atendimento: 24 horas, todos os dias da semana.

Informações: (41) 3360-1826

Atendimento as Vítimas de violência sexual a partir de 12 anos completo - Hospital Evangélico também presta esse atendimento

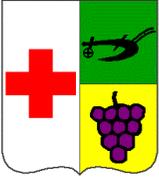
Localização: [Endereço](#): Alameda Augusto Stelfeld, 1908 - Bigorriho, Curitiba - PR, 80730-150

Telefone: [\(41\) 3240-5000](#)

Para crianças (meninas e meninos) de até 12 anos incompletos (11 anos 11 meses e 29 dias) , o hospital de referência é o Pequeno Príncipe.

Localização: Rua Desembargador Motta, n. ° 1070, bairro Água Verde.

Traumas físicos em decorrência da violência, regular paciente via SAMU.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 102	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
COLETA DE ESCARRO				

OBJETIVOS

Coletar escarro de pacientes sintomáticos respiratórios para diagnóstico de Tuberculose ou para controle de pacientes em tratamento.

EXECUTANTES

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico.

MATERIAIS

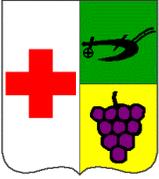
- 01 cuba rim ou bandeja;
- Sabão líquido;
- Papel Toalha;
- EPIs (Luvas de procedimento, máscara de proteção respiratório (N95), óculos de proteção, gorro e avental descartável);
- Frasco coletor com tampa rosqueável (capacidade de 35 - 50 ml) • Etiqueta de identificação do material;
- Caixa térmica ou de isopor com termômetro;
- Gelox;
- Requisição GAL para baciloscopia de escarro;

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acolher o paciente e/ou acompanhante;
- Preencher corretamente todos os campos da requisição de baciloscopia de escarro com os dados do paciente;
- Identificar como 1º, 2º amostra ou controle de tratamento;
- Realizar higienização das mãos;

- Identificar o frasco (a etiqueta deve ser fixada na parte externa do frasco, em local que não comprometa a observação da graduação do volume. Nunca fixar etiqueta na tampa);
- Devem ser coleta de 05 a 10 ml de escarro;
- Levar o paciente para área bem ventilada ou externa, desde que se mantenha a privacidade do paciente;
- Paramentar-se com EPIs;
- Colocar a máscara N95, durante todo o período de atendimento de sintomáticos respiratórios ou de casos que ainda estão com baciloscopia positiva;
- Orientar o paciente sobre os seguintes procedimentos:
 - Peça que o paciente lave as mãos e higienize a cavidade oral com água, antes de entregar o pote. Caso o paciente use prótese dentária, ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral;
 - Inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir o procedimento três vezes e tossir;
 - Imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro do mesmo, sem encostar os lábios no bote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há risco de contaminação da amostra;
 - Repetir o procedimento até obter o volume necessário para realizar o exame. Caso não seja possível o volume de 10 ml, estimular o paciente a coletar o máximo de secreção possível;
- Fechar o pote rosqueando firmemente;
- Colocar a amostra de escarro na cuba rim ou bandeja e encaminhar e armazenamento a amostra de escarro na caixa térmica ou de isopor com gelox e termômetro com temperatura entre 2°C a 8°C. A amostra pode ficar armazenada por até 24 horas em caixa térmica, após esse período, a amostra deverá ser armazenada em geladeira exclusiva para material biológico com temperatura entre 2°C a 8°C e por no máximo 7 dias;
- Retirar EPIs e descartar em lixo infectante;
- Retira máscara e óculos (A máscara de proteção respiratória N95, poderá ser utilizada por até 15 dias, desde que não esteja danificada ou com umidade). Lembrando que para o uso do paciente será utilizada sempre máscara cirúrgica simples;
- Higienizar as mãos com água e sabão;

- Registrar em prontuário;
- Manter a sala em ordem.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 103	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026
DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA OS CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE			

OBJETIVO

Reduzir o tempo para o diagnóstico dos casos de Tuberculose. Início de tratamento precoce, visando a disseminação da doença.

EXECUTANTE

Equipe de enfermagem, equipe médica.

DEFINIÇÃO

A tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela OMS para o controle da doença no mundo. Em 2017, foram diagnosticados e acompanhados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB) 246 casos novos de monorresistência, 80 de polirresistência, 713 de multidrogarresistência ou resistência à rifampicina e 2 casos de resistência extensiva. Sendo assim, estabelecemos a coleta do TRM TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose) para todos os pacientes em casos suspeitos de TB atendidos no Pronto Atendimento Alto Maracanã.

AÇÕES

Classificação de risco: paciente com tosse há mais de 3 semanas considera sintomático respiratório, coletar todos os SSVV **imprescindível** pesar o paciente e registrar no IPM.

Observação/ Observação Longa: após consulta médica com a hipótese diagnóstica Tuberculose.

Coleta para exames:

f Escarro;

f Escarro induzido, (aspiração);

Obs.: Para realizar a coleta de exames consultar o POP 90 Coleta de Exame de Escarro.

Realizar a coleta de escarro 3 mostras:

1ª amostra - Coleta para o Teste Rápido Molecular - TRM TB, preencher GAL (deverá constar o IPM), pode ser armazenado por até 7 dias em geladeira (armazenar no frigobar da Vigilância epidemiológica, juntamente com a GAL), identificar a amostra(nome do paciente, IPM e exame **TRM TB, horário da coleta**) avisar a equipe do CTA pelo telefone 36060730 ou direto pelos ramais 991036/ 991037/ 991037 até as 12:00horas

Obs.: o envio do TRM TB será nas quartas e sextas, atendendo ao fluxo do **SAE - CTA/ DST.**

2ª Amostra - Coleta para baciloscopia - Pesquisa para BAAR, preencher GAL, entregar a amostra juntamente com a GAL no laboratório dentro do PA Maracanã, identificar a amostra (nome do paciente, IPM e exame **Pesquisa de BAAR**);

3ª Amostra - Cultura para BAAR - preencher GAL (quando se realiza cultura para o diagnóstico da TB pulmonar é importante eliminar a microbiota associada, pois esta tem crescimento mais rápido, contamina o meio de cultura, impede que as micobactérias cresçam e sejam identificadas, dificultando o diagnóstico da doença, portanto é uma amostra estéril), identificar a amostra(nome do paciente, IPM e exame **TRM TB, horário da coleta**) avisar a equipe do CTA pelo telefone 36060730 ou direto pelos ramais 991036/ 991037/ 991037 até as 12:00horas

Obs.: o envio do TRM TB será nas quartas e sextas, atendendo ao fluxo do **SAE - CTA/ DST.**

Obs.: Para realizar a coleta de exames consultar o POP 90 Coleta de Exame de Escarro.

Realizar a Ficha de Notificação:

Deverá ser preenchido os dados gerais (deixando em aberto a data do diagnóstico) , notificação individual , dados da residência , e peso do paciente , deixando em aberto o restante da ficha de notificação, está deverá ser entregue na coordenação.

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **TUBERCULOSE**

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

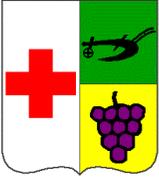
Nº

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença TUBERCULOSE		Código (CID10) A 16.9		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente							9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade		11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência				27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
	Dados Complementares do Caso							
Antecedentes Epidemiológicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação					
	33 Tipo de Entrada			34 Institucionalizado				
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax		36 Teste Tuberculínico					
	1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado					
	37 Forma		38 Se Extrapulmonar					
Dados do Laboratório	39 Agravos Associados		40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)					
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		41 Baciloscopia de Outro Material		42 Cultura de Escarro	
	43 Cultura de Outro Material		44 HIV		45 Histopatologia			
	1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB			
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Drogas					
	1 - Sim 2 - Não		<input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida		<input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Outras			
Investigador	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)?				49 Número de Contatos Registrados		50 Doença Relacionada ao Trabalho	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Município/Unidade de Saúde							Cód. da Unid. de Saúde	
Nome				Função		Assinatura		
Tuberculose				Sinan NET		SVS 18/05/2006		

Observações:

Evoluir no Sistema IPM todos os passos realizados, registrar que foi realizado na passagem de plantão, enviar no grupo dos enfermeiros.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 104	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
PREPARO DIETA ENTERAL				

OBJETIVO:

Padronizar o procedimento para preparo e administração das fórmulas para alimentação enteral no Pronto Atendimento Maracanã (PAM).

INTRODUÇÃO:

A alimentação enteral é administrada ao paciente por meio de uma sonda fina, que é um tubo fino, macio e flexível, posicionada via nasal/oral ou implantada no estômago, duodeno ou jejuno.

A indicação do uso de sonda e o posicionamento da mesma deverão ser realizados pelo médico em conjunto com a equipe multidisciplinar considerando os critérios clínicos do paciente. A prescrição dietoterápica cabe ao nutricionista (determinar calorias, distribuição de macronutrientes e micronutrientes, volume, entre outras características) conforme avaliação nutricional.

Pacientes que já são acompanhados pelo Programa Municipal de Atenção Nutricional Domiciliar, podem levar a mesma dieta orientada pelo nutricionista para uso no domicílio para ser administrada durante o período de internamento no PAM. Deverá ser orientado a transportar em bolsa térmica e manter refrigerado no PAM em refrigerador específico, no caso de não ser administrado imediatamente. As fórmulas administradas através da sonda deverão estar sempre à temperatura ambiente (para degelar manter o frasco contendo a dieta preparada em banho maria com água morna).

RESPONSÁVEL:

Técnico de enfermagem

MATERIAIS:

Frasco para dieta enteral

Recipiente adequado para o preparo da dieta enteral

Água

Fórmula industrializada padrão adulto

Colher

Equipo para dieta enteral

Obs:

- Higienizar previamente recipiente para o preparo da dieta enteral e colher.
- Utilizar frasco e equipo estéril, descartável.
- A água deve ser previamente fervida e resfriada à **temperatura ambiente** ou tratada e filtrada.

LOCAL:

a) Preparo da fórmula para alimentação enteral: Cozinha, em bancada adequada e previamente

higienizada;

b) Administração da fórmula para alimentação enteral: leito.

PROCEDIMENTO:

1) Utilize o frasco para dieta enteral como medidor e meça a METADE da quantia de água descrita

na prescrição dietética;

2) Em um recipiente limpo e seco (adequado para o preparo da dieta enteral) adicione a fórmula

industrializada (conforme a quantia descrita na prescrição dietética) as medidas deverão ser

niveladas;

3) Despeje a água medida anteriormente no recipiente contendo a fórmula industrializada;

- 4) Mexa com uma colher até diluir totalmente (não deverá ficar pó “seco” e a mistura deverá ficar homogênea);
- 5) Meça novamente, com auxílio do frasco para dieta enteral, a OUTRA METADE da quantidade de água descrita na prescrição dietética;
- 6) Adicione no recipiente contendo a fórmula diluída e homogeneíze;
- 7) Transfira o volume total da fórmula preparada para o mesmo frasco de dieta enteral;
- 8) Conecte o equipo para dieta enteral ao frasco;
No leito:
- 9) Conecte o equipo à sonda enteral e inicie o gotejamento da dieta conforme prescrição dietética (o paciente deverá permanecer com cabeceira elevada durante todo o gotejamento, o tempo adequado para administração do volume é no mínimo 1 hora);
- 10) Verificar tolerância do paciente à dieta, observando a presença de sinais e sintomas como vômito ou diarreia persistente (mais de 4 a 5 evacuações por dia, fezes líquidas);
- 11) Administrar a fórmula via sonda enteral para alimentação, conforme a frequência determinada na prescrição dietética.

QUANDO REALIZAR O PREPARO:

Sempre imediatamente antes do horário pré-determinado para administração.

CUIDADOS APÓS ADMINISTRAÇÃO:

- 1) Administrar lentamente, com auxílio de seringa, 20 mL de água para limpeza da sonda;
- 2) Administrar água para hidratação nos intervalos entre a administração da fórmula industrializada,

conforme prescrição dietética.

ILUSTRAÇÃO

1)



2)



3)

4)

5)



6)



7)

8)



EXEMPLO DE PRESCRIÇÃO DIETÉTICA (REALIZADA POR NUTRICIONISTA):

Para: Paciente fulano de tal

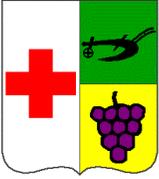
Data: 01/01/2001

Fórmula industrializada: Trophic Basic ou Nutren 1.0 ou outra similar (1200 Kcal/dia)

- Diluir nove colheres medida niveladas em 190 mL de água previamente fervida e resfriada
- Administrar quatro vezes ao dia via sonda enteral, horários sugeridos: 8h; 12h; 16h; 20h
- Gotejamento: aproximadamente 80-85 gotas/minuto
- Manter paciente com cabeceira elevada durante administração da dieta
- Higienizar a sonda com 20 mL de água, com auxílio de seringa.
- Nos intervalos administrar 100-150 mL de água pela sonda enteral para hidratação.

Carimbo e assinatura do profissional responsável.

**PARA PRESCRIÇÃO DIETÉTICA INDIVIDUALIZADA OU DÚVIDAS EM
RELAÇÃO
AO PROCEDIMENTO A COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DEVERÁ
ENTRAR EM
CONTATO COM O SETOR DE NUTRIÇÃO NA SMS, DAS 8h-12h/13h-17h.**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 105	Data da Validação: Outubro/2024	Data da Revisão: Outubro/2026	Versão nº 04
CONTROLADOR DE ACESSO				

DEFINIÇÃO

O controlador de acesso é o profissional responsável por garantir a segurança e a ordem em locais específicos, monitorar e controlar a entrada e saída de pessoas. Organizar o fluxo de entrada de pacientes, acompanhantes e visitantes que entram e/ou permanecem dentro das instalações da Unidade de Pronto Atendimento. Deverá zelar pelos bens públicos, materiais e insumos pertencentes a Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã.

OBJETIVO

O controlador de acesso em Unidade de Pronto Atendimento é responsável por garantir a segurança dos pacientes, visitantes, profissionais de saúde e da própria Unidade de Pronto Atendimento.

EXECUTANTE

Vigilante (Controlador de Acesso)

PRINCIPAIS FUNÇÕES DO CONTROLADOR DE ACESSO

- O controlador de acesso é a pessoa que recebe o público interno, ou seja, profissionais de saúde e trabalhadores em geral e externo, como profissionais terceirizados, pacientes, visitantes e acompanhantes, na instituição de saúde.
- O controlador de acesso deverá ser cordial, solícito, ter uma boa comunicação e tratar educadamente cada paciente, funcionário, prestadores de serviços, visitante ou acompanhante.
- Oferecem direcionamento e ajuda a pacientes, funcionários, prestadores de serviços, visitantes ou acompanhantes, facilitando a circulação sem comprometer a segurança.

- Observam o fluxo de pessoas nas áreas internas, garantindo que tudo ocorra dentro da normalidade.
- Está sempre atento para identificar qualquer atividade que pareça fora do comum, agindo como um alerta precoce.
- Diante de uma situação suspeita, decide rapidamente quais são as melhores medidas a serem tomadas para manter a segurança.
- Controlam a entrada e saída de pessoas, materiais e insumos produtos e equipamentos.
- Verificam identificações, autorizações para entrada na Unidade de Pronto Atendimento.
- Monitoram o fluxo de pessoas nas áreas internas da Unidade de Pronto Atendimento.
- Fornecem informações gerais ao público, desde que não comprometam a segurança.
- Orientam visitantes, fornece a pulseira de identificação de acompanhantes (internados) e visitantes.
- O funcionário é habilitado para liberar a entrada do público permitido, bem como vedar o ingresso de indivíduos não autorizados nas dependências da Unidade de Pronto Atendimento.
- Contribuem com o aumento da segurança da equipe técnica, acompanhantes e visitantes.
- Auxiliam na redução dos riscos de extravio e furto de medicamentos, materiais e insumos.
- Comunicam a equipe referente aos pacientes que não obtiveram alta médica e ainda impedem o resgate de encarcerados que estejam em tratamento médico.
- Não deixar adentrar alimentos nas dependências da Unidade de Pronto Atendimento, salvo quando forem autorizados pelos Enfermeiros responsáveis pelo plantão;
- Anunciar toda pessoa que deseja conversar com a Coordenação;
- Zelam pelo patrimônio público da Unidade de Pronto Atendimento.

- O controlador de acesso deve limitar suas atividades exclusivamente às funções designadas a eles, evitando interferências e respeitando as atribuições, competências e responsabilidades de outros profissionais e/ou setores.

Em caso de situações suspeitas deverá ligar imediatamente para a Guarda Municipal 0800 0410153 / 36665353, e 190 Polícia Militar do Paraná.

Casos de Dúvidas perguntar para a Coordenação e/ ou Enfermeiros Responsáveis pelo plantão durante a noite e em feriados e finais de semana.

Comunicar quaisquer intercorrências para a Coordenação e/ ou Enfermeiros Responsáveis pelo plantão durante a noite e em feriados e finais de semana.

REFERENCIAS

American Hearth Association. Destaques das Diretrizes da American Hearth Association 2010 para RCP e ACE. Guidelines 2010.

BOUNDY, Janice et al, COSENDEY, Carlos Henrique (tradução), SOUZA, Sonia Regina (revisão). Enfermagem Médico Cirúrgica. Volume 1, 2 e3. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

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

BRUNNER E SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico cirúrgico. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 12ª. edição, íol.2 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF 2019 2ª Ed;. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil_2_ed.pdf; Acesso em: 24/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Micobactérias**. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_laboratorial_tuberculose.pdf Acesso em: 25/05/2023.

BRASIL. Parecer COREN-SP 03/2016 que dispõe sobre a competência do Enfermeiro na comunicação do óbito do paciente.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/ acesso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/dezembro-2020/21-pop-006-nsp-praticas-seguras-na-prescricao-dispensacao-e-administracao-de-medicamentos.pdf>; acesso em : 20/08/2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 5a ed. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília, 2016.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Grupo Técnico de Trabalho Regional de Farmácia Hospitalar de Piracicaba. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020, 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Lavanderia Hospitalar. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1986. 47 p.

Protocolo de Manejo e transporte – Disponível em: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/cfa5fc7a/files/uploaded/imobiliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20transporte%5D.pdf>; Acesso em: 20/05/2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto No 7.958, De 13 de Março de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 08 de jul. de 2024.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília-DF: Presidência da República, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 05 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 05 jul. 2024.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CARVALHO, Ana Cristina Silva de (revisão técnica), GOMES, Ivan Lourenço (tradução). Assistência de Enfermagem nas Intervenções Clínicas e Cirúrgicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

COFEN – Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). [Internet]; 2017; Acesso em: 31 de mai. 2021.

COFEN – Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). [Internet]; 2017; Acesso em: 31 de mai. 2021.

COFEN – Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). [Internet]; 2017; Acesso em: 31 de mai. 2021.

Protocolo Suporte Básico de Vida: disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf; Acesso em: 20/05/2021.

COFEN – RESOLUÇÃO Nº 639/2020 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020_79633.html. Acesso em: 20/11/2021

COREN-SP. ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 076/2017; Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Orienta%C3%A7%C3%A3o-Fundamentada-076.pdf>. Acesso em: 05/07/2021.

Equipe Técnica Unidade de Pronto Atendimento Alto Maracanã.

HUÇULAK, M.; FERREIRA, M. C. F.; DAMRAT, TCHAIKOVSKI, H. L. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual, Curitiba-PR: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2015. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/protocolo_apsvs_ultima-versao.pdf. Acesso em: 05 jul. 2024.

INSTITUTO MARIA DA PENHA (IMP). Tipos de violência. Fortaleza, 2018. Disponível em: www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html. Acesso em: 05 jul. 2024.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 124-135, 2011.

POTOCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf; Acesso em: 20/05/2021.

PROTOCOLO DE MANEJO E TRANSPORTE – Disponível em: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/cfa5fc7a/files/uploaded/imobiliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20transporte%5D.pdf>; Acesso em: 20/05/2021.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso 01/06/2021.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso 01/06/2021.

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

Lei nº 10.778/2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em 08 de julho de 2024.

MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Disponível em: <https://www.sindhoesq.org.br/dados/publicacoes/pub0001510-0c1eabf2124ba35b0ec03375e8790fff.pdf>. Acesso em:21/03/2024.