

INSTRUÇÕES DE TRABALHO



COLOMBO, 2017

ELABORAÇÃO

Altair Benelli

Coordenador da média e Alta Complexidade

Enfº Juraci Pereira Calado

Coordenador do Pronto Atendimento Maracanã

Enfª Sheyla Carvalho

Supervisora do Pronto Atendimento Maracanã

Enfª Nair Lenz

Enfermeira da Distribuição e Central de Materiais

REVISÃO DOS PROCEDIMENTOS - 2015

ENFERMEIRO JURACI PEREIRA CALADO

ENFERMEIRA SHEYLA CARVALHO

ENFERMEIRA NAIR LENZ

SUMÁRIO

1. SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA.....	04
2. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	05
3. PRECAUÇÕES UNIVERSAIS.....	06
4. PASSAGEM DE PLANTÃO.....	07
5. TRANSPORTE INTER HOSPITALAR PARA EXAME.....	08
6. LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS.....	09
7. CARRINHO DE EMERGENCIA.....	10
8. CHECAGEM DE PRESCRIÇÃO.....	11
9. APRAZAMENTO DE PRESCRIÇÃO.....	12
10. ENFERMEIRO COORDENADOR.....	13
11. ENFERMEIRO ASSISTENCIAL.....	16
12. ENFERMEIRO TRIAGEM.....	19
13. TECNICO DE ENFERMAGEM.....	20
14. TECNICO DE ENFERMAGEM ACOLHIMENTO.....	21
15. CATETERISMO GASTRICO.....	22
16. CATETERISMO ENTERAL.....	24
17. PUNÇÃO VENOSA PERIFERICA.....	26
18. AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL.....	27
19. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	28
20. CURATIVOS.....	29
21. OXIGENOTERAPIA.....	31
22. LAVAGEM GASTRICA.....	32
23. HIGIENE ORAL.....	33
24. CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL.....	34
25. CURATIVO FERIDA ABERTA.....	35
26. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	36
27. BANHO DE LEITO.....	38
28. BANHO DE ASPERSÃO.....	39
29. AUXILIO EM PARACENTESE.....	40
30. AUXILIO EM PUNÇÃO VENOSA CENTRAL.....	41
31. ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA ORAL.....	42

32. ATENDIMENTO PARADA CARDIORRESPIRATORIA.....	43
33. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ORAL E NASOFARINGEA.....	45
34. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO EM TRAQUEOSTOMIA.....	47
35. APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS.....	49
36. APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS.....	51
37. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA CATÉTER GÁSTRICO/ENTERAL.....	53
38. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL.....	56
39. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OTOLÓGICA.....	59
40. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OFTÁLMICA.....	61
41. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL.....	63
42. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRA DÉRMICA.....	65
43. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA.....	67
44. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR.....	70
45. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA.....	74
46. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL.....	77
47. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL.....	79
48. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO TÓPICA.....	81
49. COLETA DE SANGUE ARTERIAL PARA GASOMETRIA.....	83
50. COLETA DE SANGUE VENOSO.....	85
51. HIGIENE ÍNTIMA FEMININA.....	87
52. HIGIENE INTIMA MASCULINA.....	89
53. PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS.....	91
54. PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA GOTÍCULAS.....	92
55. CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL.....	93
56. TRANSPORTE INTERHOSPITALAR PARA EXAMES.....	95
57. REFERENCIAS.....	97
58. REGIMENTO INTERNO SALA DE EMERGENCIA.....	98
59. REGIMENTO INTERNO POSTO DE ENFERMAGEM.....	102
60. REGIMENTO INTERNO AUX.DE FARMACIA/FARMACEUTICO.....	106
61. REGIMENTO INTERNO AUXILIAR ADMINISTRATIVO/ RECEPÇÃO.....	107
62. REGIMENTO INTERNO/OBSERVAÇÕES.....	108
63. REGIMENTO INTERNO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	109



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

OBJETIVO: Estabelecer o procedimento padrão para solicitação de ambulância.

- Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente;
- Separar os pertences do paciente e comunicar ao enfermeiro de plantão na UPA;
- Solicitar a presença do familiar/acompanhante;
- Solicitar o transporte. A solicitação de transporte/remoção/transferência de pacientes da UPA 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;


OBSERVAÇÕES

- O médico e/ou enfermeiro escalado na UPA deverão avaliar as condições clínicas do paciente a ser transportado para realizar a solicitação da ambulância adequada;
- Se o paciente estiver consciente, hemodinamicamente estável, eupenico, ou com suporte de oxigenioterapia, em soroterapia, com cateteres, deverá ser solicitada a ambulância branca com técnico de enfermagem e/ou ambulância do SAMU de suporte básico de vida, via 192;
- Se o paciente estiver inconsciente, dispneico, dependente de oxigênio, intubado, ventilação mecânica, em soroterapia, com cateteres, deverá ser solicitado ambulância com suporte avançado de vida, via 192;
- Essas solicitações deverão ser registradas no prontuário do paciente.

**PREPARADO POR:
J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO,
NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA

 PREFEITURA DE COLOMBO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
	Número: POP 001	Data da Validação: Julho 217	Data da Revisão: Julho 2017	Versão nº 01
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL(EPI)				
Descrição: Equipamento de proteção individual que previnem a exposição do profissional e paciente a algum material biológico e/ou produtos químicos tóxicos.				
OBJETIVO: Proteger o funcionário e paciente Prevenir acidentes de trabalho Evitar infecções cruzadas				
TIPOS DE EPI <ul style="list-style-type: none"> • 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 substancias química toxicas. • Máscara N95: indicada para a proteção de doenças por transmissão aérea (tuberculose, varicela, entre outras). • Luvas de borracha: 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. • 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, morg, situações de limpeza ambiental e outros). 				
PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:		APROVADO: JPEREIRA	



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2018**

Versão nº 01

PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

Descrição: Rotinas de higienização e precaução com intuito de manter a integridade do profissional e do paciente, garantindo a prevenção das infecções hospitalares

OBJETIVO: Garantir o controle e prevenção das infecções hospitalares
Manter a limpeza e higienização.
Prevenir infecções cruzadas

PROCEDIMENTO

- Realizar a lavagem simples das mãos como a instituição preconiza.
- Utilizar luvas de procedimento ao entrar em contato com: sangue, secreções, fluidos corporais, mucosas, pele não íntegra, punção venosa, ao realizar limpeza e desinfecção de leito.
- Retirar as luvas e descartá-las no lixo hospitalar infectante após a realização do procedimento.
- Trocar as luvas após o contato com cada paciente.
- Não tocar em móveis, equipamentos e utensílios quando estiver com as luvas após o contato com o paciente.
- Utilizar luvas estéreis e avental de contágio ao puncionar jugular e na intubação endotraqueal.
- Após utilizar materiais contaminantes encaminhá-los para a central de materiais ou lavanderia.
- Utensílios para pacientes em isolamento devem ser de uso exclusivo, podendo ser retirado do quarto somente para ser encaminhado para a central de materiais ou lavanderia.
- Utilizar máscara e óculos quando houver risco de contaminação através de sangue, soluções ou fluidos corporais.
- A máscara sempre deve ser utilizada para: aspirações endotraqueal, contato com paciente portadores de MARSIA, TUBERCULOSE PULMONAR ATIVA, MENINGITE MENINGOCÓCICA TIPO B e com SARAMPO.
- Para pacientes vindos de outros hospitais e com internação acima de cinco dias deverá ser colhido o **swab nasal**.
- Deve-se sempre datar os curativos, sonda nasoentérica, sonda nasogástrica, sonda vesical, punção venosa periférica e medicações.
- Para administrar qualquer medicação deve-se sempre conferir a data, o horário, de administração, via de administração, a dosagem do medicamento e o paciente.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

PASSAGEM DE PLANTÃO

Descrição: Meio de comunicação entre os profissionais da enfermagem afim de repassar um conjunto de informações sobre um determinado paciente ou situação administrativa

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

- O profissional deve apresentar-se no local de trabalho devidamente uniformizado.
- A passagem de plantão ocorre entre 06:50h às 07:05h e das 18:50h às 19:05h
- Verificar e cobrar a identificação do leito e que todas as rotinas padronizadas pelo UPA MARACANA.
- Deve-se passar leito por leito.
- O posto, enfermarias, triagem, acolhimento, Alto risco, sutura, sala de medicação rápida, vacina, e sala de exames devem estar limpo e organizada.
- As intercorrência ocorridas durante a passagem de plantão deverão ser justificadas e registradas.
- As gavetas não deverão ter sobras de medicamentos
- Comunicar à chefia imediata sobre os funcionários que não colaboram com a passagem de plantão.
- Assumir o cuidado integral ao receber o plantão.
- Solicitar a medicação em cada turno de serviço junto a farmácia.
- Seguir a escala de serviço e de atividade elaborada pela chefia imediata.
- Conferir a checagem de medicamentos na prescrição medica.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

TRANSPORTE INTER HOSPITAL PARA EXAMES

OBJETIVO: Estabelecer o procedimento padrão de transferência de pacientes para exames externos

- Higienizar as mãos;
- Reunir profissionais necessários para auxiliar no 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;
- Encaminhá-lo ao destino;
- Realizar higienização das mãos;
- Registrar o transporte na folha de anotações de enfermagem do prontuário do paciente.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 217**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS

Descrição: Assepsia completa das mãos antes e depois de iniciar do trabalho, manusear alimentos e medicamentos, do contato direto com o paciente, de alimentar-se, de utilizar o banheiro, depois de tossir ou espirrar. É a rotina mais simples, mais eficaz e de maior importância na prevenção e controle das infecções hospitalares

OBJETIVO: Garantir o controle e prevenção das infecções hospitalares.
Manter a limpeza e higienização das mãos.
Prevenir infecções cruzadas.

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 termino de cada tarefa, ao sair do banheiro da jornada de trabalho.
- Após termino 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 pela 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.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 217**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

CARRINHO DE EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO: Controlar os materiais, medicamentos e utilizados nos pacientes em situação de emergência.

OBJETIVO: Garantir o atendimento imediato ao paciente.
Assegurar disponibilidade adequada dos materiais e medicamentos.
Controlar consumo e reposição dos materiais e medicamentos utilizados na emergência.
Manter o material pronto para o uso.
Colaborar com a auditoria e faturamento.

PROCEDIMENTO:

- Checar as medicações utilizadas na situação de emergência conforme prescrição médica.
- Desprezar materiais perfuro-cortantes, 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 conferencia dos materiais e medicações utilizadas na emergência através do check list.
- Repor todos os materiais e medicamentos conforme check list.
- Conferir a data de validade dos materiais e medicamentos.
- Lavar as laminas 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.
- Manter o monitor e desfibrilador limpos e ligados a rede de energia.
- Preencher no impresso próprio a data e assinatura do responsável pela conferência do carrinho de emergência.
- Repor o material até 30 minutos após o uso.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

CHECAGEM DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

DESCRIÇÃO: Registro no prontuário do paciente que confirmam a execução dos procedimentos.

OBJETIVO: Garantir que registros no prontuário e prescrição médica sejam realizados no horário programados e estejam corretos.

Assegurar que o plano prescrito foi executado.

Justificar procedimentos não realizados.

Registrar ocorridos não programados.

MATERIAL: Prescrição médica, caneta azul, caneta vermelha.

PROCEDIMENTO:

- Checar as medicações utilizadas sempre da esquerda para direita e de cima pra baixo.
- Respeitar as cores de caneta (**azul = diurno** e **vermelha = noturno**) para checagem de medicação.
- Circular medicações não administradas e anotar motivos na evolução de enfermagem como: alta hospitalar, óbito, transferências, recusa do paciente, medicações suspensa, medicação não padronizada, falta de medicamentos na farmácia.
- Sempre informar o médico e enfermeiro sobre a não administração do medicamento.
- Se a medicação já tiver sido preparada, anotar.
- Não circular medicamentos que já foi checado.
- Caso errar a checagem: não rasurar, não passar corretor, apenas escrever "**sem efeito**".
- Anotar solicitações de medicamentos não padronizados.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 217**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

APRAZAMENTO DE MEDICAÇÃO

DESCRIÇÃO: DEFINIÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE HORARIO DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO: Garantir a continuidade do tratamento terapêuticos
Racionalizar e organizar o serviço de enfermagem

Pela manhã	06:00h
Pré prandial	06:00h; 11:00h; 17:00h;
Jantar	18:00h
Ao dia	14:00h
A noite	22:00h
04/04h	12:00h; 16:00h; 20:00h; 24:00; 04:00h; 08:00h
06/06:00h	12:00h; 18:00h; 24:00h; 06:00h
08/08:00h	14:00h; 22:00h; 06:00h
12/12:00 ;	12:00h; 24:00h; ou 18:00h; 06:00h

OBSERVAÇÃO:

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

Por exemplo: se o paciente interna as 15:00h, e consta na prescrição medica **KEFAZOL 2g DE 12/12h** a medicação será administrada as 15h e o próximo será administrado as 24H e 12h.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 217**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

ENFERMEIRO COORDENADOR

OBJETIVO:

1 . Funções Administrativas

- Conhecer a estrutura organizacional da instituição;
- Representar a Secretaria Municipal de Saúde quando for designado;
- Cumprir as normas da instituição;
- Respeitar os trâmites hierárquicos;
- Realizar a avaliação de desempenho dos enfermeiros assistenciais, conforme modelo de avaliação vigente;
- Participar de reuniões de coordenação;
- Revisar procedimentos e rotinas em conjunto com os enfermeiros assistenciais, mantendo-o atualizado;
- Orientar e supervisionar as estratégias de ação e controle para manter os setores do Pronto Atendimento dentro das normas da Vigilância Sanitária em conjunto com os enfermeiros assistenciais;
- Supervisionar os registros de pontualidade e assiduidade de todos os membros da equipe multiprofissional;
- Elaborar e revisar a escala mensal de trabalho, conforme normas da instituição;
- Realizar a escala de férias dos membros da equipe multiprofissional, conforme disponibilidade do serviço;
- Acompanhar as escalas de trabalho, em relação a atestados, faltas e férias, provendo a cobertura dos postos de trabalho, seja com o remanejamento de servidores e / ou cobertura com hora extra;
- Registrar e monitorar as autorizações de horas extras, ausências e atestados das equipes de trabalho;
- Aplicar medidas disciplinares conforme regido no estatuto do servidor municipal, quando necessário;
- Programar e coordenar reuniões com as equipes de trabalho;
- Repassar informações da Secretaria Municipal de Saúde às equipes de trabalho;
- Elaborar e enviar relatórios conforme solicitação e necessidade da Secretaria Municipal de Saúde e órgãos regulamentadores;
- Planejar, implementar e avaliar o planejamento de trabalho da enfermagem;
- Manter em arquivo atualizado ficha funcional de todos os servidores lotados na unidade de pronto atendimento, contendo documentações pessoais, comprovantes de vacinação, comprovante da legalidade do exercício funcional, bem como registro de orientações, medidas disciplinares, transferências e

solicitações;

- Acompanhar o consumo de materiais, direcionando o uso adequado dos mesmos;
- Realizar solicitações de aquisição de materiais e equipamentos, apresentando justificativa técnica e administrativa para tal necessidade;
- Acompanhar processos de aquisição de materiais e equipamentos, participando, emitindo pareceres e aprovações para aquisição de materiais e equipamentos novos;
- Manter registro sobre a realização de manutenções e programação de manutenção preventiva a todos os equipamentos do pronto atendimento.

2. Funções da Administração da Assistência e Assistência direta:

- Supervisionar a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem;
- Promover e participar de reuniões de equipes de enfermagem, para discutir assuntos e planejar a melhoria da assistência de enfermagem;
- Esclarecer dúvidas e / ou questionamentos de servidores, familiares e acompanhantes;
- Coordenar a equipe de enfermagem e prestar cuidados aos pacientes em situações de emergência, na impossibilidade da presença do enfermeiro assistencial;

Prestar assistência direta ao paciente considerado grave, ou da necessidade de priorização do atendimento, quando na impossibilidade da presença do enfermeiro assistencial.

- Supervisionar e / ou realizar a classificação de risco;
- Apresentar o Pronto Atendimento e suas rotinas aos novos servidores, no início de suas atividades.
- Autorizar visitantes e acompanhantes permanecerem com os pacientes, em concordância com o Enfermeiro Assistencial.

3 . Funções de ensino e pesquisa

- Participar da orientação a residentes, estagiários de ensino médio e superior, das instituições conveniadas, sobre as normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
- Acompanhar a supervisão e avaliação dos estágios realizados no Pronto Atendimento;
- Fomentar o planejamento e implementação de processos de Educação

Permanente em Saúde aos servidores lotados no Pronto Atendimento;

- Incentivar e avaliar a participação dos servidores da equipe de enfermagem em eventos e cursos de interesse, conforme previsto em estatuto do servidor municipal;
- Realizar e incentivar a produção de trabalhos científicos;
- Atualizar-se continuamente em assuntos e temas voltados à área de gestão e atualização de práticas assistenciais;
- Estabelecer e incentivar a realização de grupos de estudos com a equipe de enfermagem para assuntos relativos a área de atuação;
- Contribuir para a elaboração e implementação dos instrumentos da sistematização da assistência de enfermagem.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

OBJETIVO: Atribuições de administração da assistência e assistência direta a serem desempenhadas pelo enfermeiro atuante nas unidades de Pronto Atendimento.

1. Funções Administrativas

- Participar de reuniões com a coordenação de enfermagem;
- Programar e realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem, no intuito de discussões de assuntos referentes à assistência de enfermagem e repasse de informações;
- Revisar e atualizar os protocolos e as rotinas assistenciais, em conjunto com o enfermeiro coordenador;
- Orientar, supervisionar e direcionar os processos de trabalho, conforme os protocolos institucionais e manuais de rotinas;
- Acompanhar, junto ao enfermeiro coordenador a distribuição da escala de férias;
- Receber, avaliar e encaminhar os comunicados de ausências e faltas ao enfermeiro coordenador;
- Gerenciar e zelar pelo uso racional e adequado dos materiais de consumo disponíveis;
- Gerenciar visitas e permanência de acompanhantes de pacientes nos setores;
- Orientar os pacientes que forem internados e seus familiares / acompanhantes sobre as rotinas do setor;
- Testar os equipamentos e em casos de necessidade de manutenção, comunicar o responsável pela manutenção de equipamentos do Pronto Atendimento e a coordenação;
- Realizar teste e emitir parecer técnico em casos de utilização de equipamentos novos;
- Realizar a avaliação de desempenho dos técnicos sob sua supervisão, conforme normatização do departamento de pessoal;
- Verificar organização da sala de emergência, comunicando ao técnico de enfermagem escalado em caso de necessidade de adequação;
- Verificar organização da sala de alto risco, conforme rotina, comunicando ao técnico de enfermagem escalado em caso de necessidade de adequação;
- Verificar organização das salas de enfermarias masculina, feminina, isolamentos, conforme rotina, comunicando ao técnico de enfermagem escalado em caso de necessidade de adequação;
- Verificar rede de oxigênio, providenciar troca dos vazios.

2. Funções do Enfermeiro Assistencial:

- Coordenar a passagem de plantão com a equipe de enfermagem;
- Elaborar a escala de atividades diária, conforme postos de trabalho e servidores

no plantão;

- Realizar auditoria dos prontuários em relação às checagens dos medicamentos e cuidados prescritos, bem como os registros de enfermagem realizados;
- **Conferir os medicamentos psicotrópicos administrados pela enfermagem;**
- Gerenciar o agendamento de exames e transporte dos pacientes;
- Conferir/delegar a conferência dos materiais e medicamentos contidos na(s) malas de emergência antes da devolução a farmácia;
- Proceder a liberação e recepção de pacientes para a equipe de transporte, nos casos de remoção para exames e procedimentos, bem como em transferências;
- Avaliar os pacientes que serão transportados, verificando a necessidade de acompanhamento pelo profissional médico, e designar o técnico que acompanhará o paciente durante a remoção;
- Conferir a mala de materiais de transporte;
- Indicar o tipo de precaução / isolamento conforme orientações da vigilância sanitária;
- Preencher e encaminhar as documentações referentes aos agravos de notificação compulsória, de acordo com os fluxos e rotinas da vigilância epidemiológica;
- Atender, orientar e passar informações aos familiares de pacientes internados;
- Orientar e incentivar os pacientes quanto ao auto-cuidado durante sua permanência na unidade de internação;
- Orientar / preparar os pacientes e familiares quando da alta para domicílio;
- Monitorar o tempo de permanência do paciente em observação no setor;
- Orientar e direcionar a família com os trâmites nos casos de óbitos;
- Controlar a liberação da Declaração de óbito no livro de registros de óbitos, bem como o encaminhamento do corpo para o morgue e posterior liberação para a funerária e / ou IML;
- Controlar o encaminhamento de exames laboratoriais para o laboratório prestador;
- Acompanhar a liberação dos laudos dos exames laboratoriais e diagnósticos, encaminhando-os ao médico responsável para reavaliação do paciente em observação e / ou internado;
- Supervisionar o técnico de enfermagem responsável pela organização da sala de vacinas, em relação à anotação da temperatura e higienização da geladeira de imunobiológicos;
- Acompanhar a realização de provisão de materiais para as salas de atendimento;
- Promover a organização do setor;
- Manter, orientar e promover a boa integração da equipe de enfermagem com os demais profissionais da equipe e usuários;
- Supervisionar a central de materiais e esterilização;
- Realizar a passagem de plantão juntamente com a equipe;
- Realizar os processos de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Resolução COFEN 358/2009;
- Realizar Evolução de Enfermagem no prontuário dos pacientes atendidos na Sala de Emergência e dos Internados;
- Coordenar a equipe de enfermagem para o desempenho das funções

assistenciais;

- Prestar assistência direta aos pacientes críticos, conforme previsto na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem;
- Realizar procedimentos privativos do Enfermeiro.
-

3.Funções de ensino e pesquisa

- Participar da orientação a residentes, estagiários de ensino médio e superior, das instituições conveniadas, sobre as normas, rotinas e procedimentos de enfermagem;
- Acompanhar a supervisão dos estágios realizados no Pronto Atendimento;
- Fomentar o planejamento e implementação de processos de Educação Permanente em Saúde aos servidores lotados no Pronto Atendimento;
- Incentivar e avaliar a participação dos servidores da equipe de enfermagem em eventos e cursos de interesse, conforme previsto em estatuto do servidor municipal;
- Realizar e incentivar a produção de trabalhos científicos;
- Atualizar-se continuamente em assuntos e temas voltados à área de gestão e atualização de práticas assistenciais;
- Estabelecer e incentivar a realização de grupos de estudos com a equipe de enfermagem para assuntos relativos a área de atuação;
- Contribuir para a elaboração e implementação dos instrumentos da sistematização da assistência de enfermagem.

PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:	APROVADO: JPEREIRA
--	------------------	---------------------------



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ENFERMEIRO NA TRIAGEM

OBJETIVO: Ações de acompanhamento dos fluxos da recepção, da sala de medicações rápidas, da sala de observação pediátrica, da sala de eletrocardiograma, da sala de triagem, da sala de vacinas, sala de sutura, sala de nebulização e posto de enfermagem

1. Rotinas administrativas

- Atualizar no início do plantão o quadro de servidores do plantão, fixado na recepção;
- Verificar em quais consultórios os médicos estão realizando atendimento;
- Verificar organização da sala de observação pediátrica, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- Verificar a organização da sala de vacinas, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- Verificar a organização da sala de eletrocardiograma, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- Verificar a organização da sala de medicações rápidas, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- Verificar a organização da sala de sutura, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- **Verificar a organização da sala de triagem, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;**
- Verificar a organização da sala de nebulização, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;
- Verificar a organização do posto de enfermagem, conforme rotina, repassando para os técnicos em casos de necessidades de adequações;


2. Rotinas assistenciais

- Chamar o paciente para avaliação, imediatamente ou em no máximo 10 minutos após a abertura da ficha de atendimento;
- Realizar a avaliação e classificação do risco para atendimento conforme protocolo.

**PREPARADO POR:
J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR
LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA

 PREFEITURA DE COLOMBO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 001	Data da Validação: Julho 2017	Data da Revisão:
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM			
OBJETIVO: Ações a serem desempenhadas pelo técnico de enfermagem independente de qual setor esteja escalado			
<ul style="list-style-type: none"> • Receber o plantão com toda equipe; • Realizar admissão dos pacientes e anotar em prontuário; • Realizar limpeza e arrumação do leito antes, durante e após o atendimento; • Executar cuidados gerais de higiene e conforto dos pacientes; • Transportar o paciente que necessite de cuidados de enfermagem; • Encaminhar e / ou acompanhar os pacientes para exames de RX; • Realizar os procedimentos de enfermagem de acordo com sua competência, conforme Lei do Exercício Profissional de Enfermagem; • Auxiliar o paciente a alimentar-se quando necessário; • Administrar medicações prescritas por via intramuscular, endovenosa, oral, subcutânea, intradérmica, retal, imunobiológicos e nebulizações conforme prescrito, e checá-las em prontuário e / ou ficha de atendimento após administração; • Realizar aspiração de vias aéreas conforme técnica, e anotar aspecto e quantidade de secreções; • Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, anotá-los e comunicar ao enfermeiro responsável em casos de alterações e / ou intercorrências; • Realizar curativos, anotando o horário da troca, aspecto e local da lesão; • Realizar e retirar punções venosas; • Retirar sondas nasogástricas, enterais e sonda vesical de demora quando prescrito; • Datar e identificar todos os procedimentos realizados, bem como as soluções administradas aos pacientes, e os dispositivos em uso nos pacientes (equipos, umidificadores, punções, curativos, etc); • Verificar e anotar dados vitais, comunicando as alterações; • Realizar balanço hídrico; • Realizar atendimentos de emergência sob a supervisão do Enfermeiro; • Auxiliar em procedimentos médicos invasivos e de maior complexidade; • Realizar cuidados integrais a pacientes em cuidados intensivos; • Checar os procedimentos realizados; • Realizar anotação de enfermagem no prontuário (registrando: condições clínicas, dispositivos, cuidados e procedimentos realizados, intercorrências e conduta); • Realizar a passagem de plantão juntamente com a equipe. 			
PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:	APROVADO:	



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO

OBJETIVO: Ações de acolhimento ao paciente e abertura da ficha de atendimento

- Dirigir a recepção pra abertura de fichas de atendimentos de usuários
- Acolher o usuário com cordialidade e presteza;
- Solicitar documentação de identificação do usuário;
- Informar os usuários a aguardarem para realização do acolhimento pelo técnico de enfermagem;
- Dirigir-se às áreas de atendimento em caso de necessidade de abertura de fichas de usuários que entraram via porta de emergência e estão sem acompanhantes;
- Encaminhar as fichas já realizada os acolhimentos por ordem de chegada para a central de atendimento médico.
- Solicitar orientação do enfermeiro assistente/ enfermeiro da triagem sempre que houver necessidade de triagem.
- Encaminhar os usuários com lesões sangrantes diretamente para a sala de sutura;
- Priorizar a triagem para o Enfermeiro em casos de queixas específicas (dor torácica, falta de ar, suspeita de AVE, crise convulsiva, Hipertermia, Hipoglicemia).

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



CATETERISMO GÁSTRICO

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

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

**E
N
F
E
R
M
E
I
R
O**

- 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 7 dias;
- Manter observação constante quanto ao deslocamento deste cateter através da marcação externa,
- Como também realizando os testes, quando necessário;

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO:



CATETERISMO ENTERAL

OBJETIVO: É o procedimento utilizado para introdução de alimentos e/ou drogas via enteral em pacientes impossibilitados de receber dieta por via oral e/ou gástrica.

MATERIAIS: Cateter enteral, seringa de 20 ml, luva de procedimento, compressas de gaze, gel lubrificante, estetoscópio, cuba rim, esparadrapo ou micropore

**E
N
F
E
R
M
E
I
R
O**

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- 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 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 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, 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 epigástrico 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;
- 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

PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

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

MATERIAIS: Bandeja, garrote, algodão, álcool 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 bisél 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 mesmo, 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.

OBSERVAÇÃO:

- 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 rodizio das punções a cada 72 horas.

PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:	APROVADO:
---	------------------	------------------

 PREFEITURA DE COLOMBO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 001	Data da Validação: Julho 2017	Data da Revisão:

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

MATERIAIS: Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Algodão com álcool 70%

PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento ao paciente e procurar transmitir tranquilidade e confiança.
- Deixar descansar por cerca de 05 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**.
- Continue desinsuflando 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.

PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:	APROVADO:
---	------------------	------------------



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DESCRIÇÃO: Registro dos procedimentos de enfermagem realizados no paciente

OBJETIVO:

Registrar intercorrências e os procedimentos executados no paciente.
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.

PROCEDIMENTO


- Iniciar o registro com data e horário.
- Realizar redação com ortografia correta e letra legível.
- 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.
- Não rasurar anotações, devido ao seu valor legal. Em caso de erro utilizar a palavra “**digito**” entre vírgulas e continuar o texto.
- Não deixar lacunas ou pular linhas entre o texto.
- Utilizar frase curtas.
- Ser **incisivo, preciso e conciso** nos registros.
- Sempre carimbar e assinar os registros.

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.

PREPARADO POR: J.PEREIRA SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ	REVISADO:	APROVADO:
---	------------------	------------------

 PREFEITURA DE COLOMBO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	Número: POP 001	Data da Validação: Julho 2017	Data da Revisão:

Curativos

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

OBJETIVO: Limpar a ferida ou lesão, Prevenir e proteger das contaminações
Facilitar a cicatrização, Aliviar a dor, Manter o ambiente saudável

MATERIAL

- Kit de curativo estéril que contem: 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 Pares de luvas de procedimento.
- 1 Par de luva estéril.
- Pomadas e creme conforme prescrição medica.
- 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 o curativos pela 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.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

OXIGENOTERAPIA

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

MATERIAL: Fluxômetro de oxigênio, cateter nasal ou máscara facial, micropore, umidificador, conexão, látex, água destilada para o umidificador.

AÇÕES:

- Lavar as mãos.
- Preparar material necessário.
- Orientar o paciente e/ou familiar sobre o procedimento.
- Preencher o umidificador com água destilada até a marca ou no mínimo 2/3 de sua capacidade.
- 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 e o umidificador a cada 24 horas.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

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.

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.

AÇÕES:

- 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);
- Levar 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

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.

MATERIAL: Luvas de procedimento, escova de dente, espátula, gazes, solução anti-séptica, 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



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

CURATIVO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

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

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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

CURATIVO EM FERIDA ABERTA

OBJETIVO: Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.

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

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

OBJETIVO: Prevenir infecção, promover conforto e bem estar ao paciente

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:

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;
- Lavar as mãos;
- Abrir o material de cateterismo;
- Colocar solução anti-séptica na cuba redonda;
- Colocar as luvas estéreis;
- Proceder a 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 glande. Limpar o corpo do pênis movimentos circulares do centro para fora, limpar o meato urinário até atingir toda a glande;
- Lubrificar o cateter com gel lubrificante no caso de mulher, no homem 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 na sondagem vesical, interromper o procedimento e avisar o médico de plantão;
Atentar para o volume e aspecto da diurese.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da Validação:
Julho 2017**

Data da Revisão:

BANHO DE LEITO

OBJETIVO: Prevenir infecção; observar a integridade da pele e mucosas; estimular a circulação; prevenir lesão em tecidos subjacentes; amenizar déficit de higiene; proporcionar conforto.

MATERIAL: Roupas de uso pessoal, luvas de procedimento, toalha de banho, sabonete, escova de dente, pasta de dente, roupa de cama.

- Lavar as mãos;
 - Explicar o procedimento ao paciente;
 - Proteger a privacidade do paciente com biombos;
 - Reunir materiais próximo ao paciente;
 - Calçar luvas;
 - Desprender a roupa de cama;
 - Testar a temperatura da água na face interna do seu antebraço;
 - Lavar os olhos do canto interno para o externo;
 - Lavar o rosto com água sem sabão, pescoço e orelhas com sabão e retire o sabão logo em seguida, secando logo após;
 - Lavar as mãos do paciente, mergulhando-as na bacia com água, e seque-as em seguida;
 - Cobrir uma metade longitudinal do corpo do paciente com um lençol e lavar e secar a parte exposta;
 - Cobrir a metade da parte do corpo que foi lavada com lençol e lavar a parte que estava coberta;
 - Aproximar a bacia dos pés do paciente e lavá-los;
 - Massagear os membros inferiores;
 - Virar o paciente em decúbito lateral e proceder a lavagem do dorso. Em seguida, realize massagem de conforto com creme hidratante;
 - Retirar o lençol sujo (metade), higienizar o leito com álcool 70% e passar o lençol limpo;
 - Virar o paciente para o outro lado, lavar a outra parte do dorso e fazer massagem de conforto;
 - Retirar o lençol sujo, higienizar o leito com álcool 70% e terminar de passar o lençol limpo;
 - Deitar o paciente em decúbito dorsal e colocar a comadre para lavar a região genital;
 - Arrumar a cama segundo técnica;
 - Retirar as luvas;
 - Lavar as mãos;
 - Deixar o ambiente organizado;
 - Checar a prescrição de enfermagem;
- Anotar o procedimento realizado.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

BANHO DE ASPERSÃO

OBJETIVO: Proporcionar higiene e conforto ao paciente. Estimular o auto cuidado. Amenizar o déficit de higiene.

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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

AUXÍLIO EM PARACENTESE

OBJETIVO: Auxiliar no diagnóstico diferencial de patologias agudas do abdômen.

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.

- 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

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

AUXILIO 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.

MATERIAIS:

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.

- 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



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA ORAL

OBJETIVO: Auxiliar o paciente a receber o suporte nutricional

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

- 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

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

OBJETIVO: Recuperação da função cardiorrespiratória

MATERIAIS: Carrinho de emergência (bolsa – válvula – máscara - reservatório, umidificador, laringoscópio (cabo e lâminas), cânula endotraqueal, cadarço e medicações de emergência, seringa de 20ml), fonte de oxigênio ligado à rede.

Identifique se o paciente encontra-se em PCR:

- Avaliar a responsividade, chamar o paciente pelo nome;
- Caso não responda, realizar estímulo doloroso (trapézio ou leito ungueal);
- Verificar respiração e pulso carotídeo;

Após identificar a PCR, peça ajuda:

- Solicitar que outro funcionário chame o enfermeiro e o médico plantonista;

Inicie Manobras: Solicitar o carrinho de emergência e desfibrilador;

- Colocar a tábua sobre o colchão para garantir a efetividade das manobras;
- **C-** Iniciar 30 compressões torácicas (as compressões devem abaixar de 4 a 5 cm do tórax);
- **A-** Liberar vias aéreas; manobra de hiperextensão da cabeça e elevação do mento; em casos de trauma esta manobra está contra-indicada, neste caso, faça a abertura de vias aéreas através da tração do ângulo da mandíbula;
- **B** – Fazer 2 ventilações de resgate com dispositivo bolsa- válvula- máscara- reservatório conectado a fonte de oxigênio;
- Você deve estar preparado para auxiliar na intubação (caso o paciente não se encontre com uma via aérea definitiva);
- Realizar aspiração de vias aéreas se necessário;
- Caso o paciente encontre-se com uma via aérea definitiva as ventilações e as compressões são intermitentes;
- Quando o desfibrilador estiver disponível e o médico avaliar a indicação do choque, lembre-se que todos devem afastar-se do paciente;
- Continuar as manobras até o retorno da circulação espontânea ou até que o médico decida sobre a inviabilidade da continuação das manobras.

OBSERVAÇÕES:

- Não pare as ventilações e compressões para realizar outro procedimento, lembre-se isso é suporte básico de vida;
- Em casos de RCP sem sucesso, anotar o horário do óbito e realizar rotina de encaminhamento do óbito (enfermeiro);

Em **crianças**: 15 compressões e 2 ventilações.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ORAL E NASOFARÍNGEA

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

MATERIAIS: Sistema de aspiração, sonda de aspiração, água destilada ou solução fisiológica, gases, 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 for necessário;
- 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.

A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

OBJETIVO: Manter as vias respiratórias pérvias.

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 na anotação de enfermagem o procedimento realizado, descrevendo aspecto e a quantidade de secreção

OBSERVAÇÕES:

Se a secreção aspirada estiver espessa ou houver formação de rolhas (tampões de secreção) fazer instilações com água destilada ou soro fisiológico diretamente na cânula de traqueostomia;

Observar o paciente durante o procedimento, pois a aspiração pode provocar reflexo vagal; Taquicardia, arritmias e queda da saturação são eventos adversos da aspiração.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS

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

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.
- 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.
- Lavar as mãos.
- Verificar se houve melhora para o paciente após a aplicação terapêutica;

OBSERVAÇÕES:

- A aplicação de compressas frias está indicada para pacientes com hipertermia. Deve ser realizada nas regiões axilar, inguinal e frontal.
- Em pacientes com temperatura elevada a 39 a 40 graus e persistente (que não cede com medicamentos), podem ser realizadas compressas frias no corpo inteiro.

Compressas de frio úmido são também indicadas na região frontal ou sobre os olhos para diminuir a congestão e dor de cabeça.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS

OBJETIVO: Promover vasodilatação local e reduzir o edema local.

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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA CATÉTER GÁSTRICO / ENTERAL

OBJETIVO: Administrar medicamentos por sonda enteral e/ou nasogástrica para pacientes com impossibilidade, dificuldade ou contra- indicação de deglutição, auxiliando no tratamento terapêutico.

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 a 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 em impresso próprio.
- 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;
- 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;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- 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 a 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;
- O aprazamento deve ser realizado pelo enfermeiro, considerando as interações medicamentosas e as necessidades individuais do paciente;
- 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).

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

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

MATERIAIS: Medicamento prescrito, gaze, luvas de procedimento, xylocaína gel.

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 à 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 na anotação de enfermagem.

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 a 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

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OTOLÓGICA

OBJETIVO: Administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento por ação local.

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 instilar 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-lá no ouvido;

Recomenda-se que o frasco do medicamento seja de uso individual.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OFTÁLMICA

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

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 cair 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 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;

Como medida de prevenção de infecções cruzadas, evitar o contato do material com a conjuntiva do paciente. Caso ocorra contato, descarte o produto

ELABORADO POR:	REVISADO:	APROVADO:
----------------	-----------	-----------



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

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.

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 esfenóide: 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA

OBJETIVO: Administrar medicamentos por via intradérmica.

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 antisepsia 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;

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA

OBJETIVO: Administrar medicamentos por via endovenosa.

MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimento, medicamento prescrito, agulha 40x12, seringa de 10 ml, 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;
- 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;
- 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 catéter 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 extravazando 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 fotossensibilidade;
- 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

OBJETIVO: Administrar por via intramuscular medicamentos.

MATERIAIS: Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimentos, seringa de 5 ml ou 3 ml, agulha 40x12, agulha IM adequada ao paciente, algodão ou gazes 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 ou puncioná-lo;
- Faça a reconstituição, se necessário, e aspire o conteúdo do frasco na dose prescrita (agulha 40x12).
- Retirar o ar da seringa.
- Trocar a agulha por outra, específica para IM.
- Identificar a seringa com nome do paciente, leito, medicação, dose, horário e via de administração.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Lavar as mãos.
- Calçar luvas;
- Expor a área e delimitar o local de aplicação;
- Realizar a antisepsia do local com álcool 70%;
- Pinçar a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta que segura a seringa;

- Retirar o ar;
- Inserir a agulha a um ângulo de 90° em relação ao músculo com o bisel voltado para o sentido das fibras musculares;
- Tracionar suavemente o êmbolo da seringa e verificar se há retorno de sangue. Se houver trocar o local de aplicação;
- Injetar o conteúdo da seringa;
- Retirar a agulha rapidamente, observando o mesmo ângulo de sua inserção;
- Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia;
- Recolher o material e colocá-lo na bandeja;
- Desprezar a agulha e a seringa sem proteção em um recipiente resistente a perfurações, evitando lesões;
- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

OBSERVAÇÕES:

ESPECIFICAÇÃO DE AGULHAS PARA A APLICAÇÃO IM EM ADULTOS:

Biótipo do paciente	Solução oleosa/suspensão	Solução aquosa
Magro	25mm x 8 mm	25 mm x 7 mm
Normal	30 mm x 8 mm	30 mm x 7 mm
Obeso	40 mm x 8 mm	40 mm x 7 mm

FONTE: CARMAGNANI et al., (2009).

LOCAIS INDICADOS PARA APLICAÇÃO DE IM E RESPECTIVOS VOLUMES:

Região	Localização
Glúteo: região dorsoglútea	Quadrante superior lateral - 5ml
Vasto Lateral	Terço médio – 4 ml
Glúteo: região ventroglútea	Hochstter – 4 ml – Aplicado no centro do V formado pelas seguintes vértices: palma da mão na porção do trocânter maior, o dedo indicador na espinha ilíaca Antero-superior e o dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca.
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.

FONTE: CARMAGNANI et al., (2009)

- 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

OBJETIVO Administrar medicamentos por via subcutânea (SC).

Material: Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, seringa de 1 ml, agulha 13 mm x 4,5 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.

VOLUME MÁXIMO: 1 ml em indivíduos adultos.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

OBJETIVO: Administrar medicação por via oral.

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

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;
- Colar a etiqueta de identificação do medicamento no copo descartável;
- Se comprimido, colocar em copo descartável sem tocá-lo. Se o paciente apresentar dificuldade de deglutição os comprimidos podem ser triturados. Para medicamentos líquidos utilizar seringa ou conta-gotas;
- Explicar ao paciente o procedimento;
- Posicionar o paciente sentado ou decúbito elevado;
- Entregar o copo com medicamento e o copo com água ao paciente;
- Esperar o paciente deglutir todos os medicamentos;
- Recolher e guardar o material deixando o ambiente organizado;
- Lavar as mãos;
- Checar a medicação;

Registrar intercorrências na anotação de enfermagem.

- 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:

- 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).

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL

OBJETIVO: Auxiliar no tratamento terapêutico.

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 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;
- 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO TÓPICA

OBJETIVO: Administrar medicamentos por via dermatológica.

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:

- 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 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

COLETA DE SANGUE ARTERIAL PARA GASOMETRIA

OBJETIVO: Obter amostra de sangue arterial para exames de dosagem do pH, gases e lactato.

MATERIAIS: Bandeja, seringa 3mL, 5mL de heparina sódica, luvas de procedimento, bolas de algodão, álcool a 70%, gaze estéril, etiqueta de identificação, fita adesiva hipoalergênica.

• **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;
- Heparinizar todo o corpo da seringa, retirando o excesso de heparina;
- Calçar as luvas;
- Escolher o local da punção (artérias radial, pediosa ou femoral);
- Fazer antisepsia do local da punção com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Manter algodão seco ao alcance das mãos;
- Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definido sua localização;
- Introduzir a agulha lentamente, entre a ponta dos dedos, a um ângulo adequado à artéria escolhida (artéria radial: 45 a 60°; artéria pediosa: 30° em relação ao dorso do pé e artéria femoral: 90°)
- A entrada da agulha na luz arterial é assinalada pelo aparecimento do sangue pulsátil no canhão da agulha;
- Coletar a quantidade de sangue necessária (1 a 3 mL). Fazer compressão firme no local da artéria puncionada, por 5 min, com algodão seco;

- Retirar cuidadosamente as bolhas de ar do interior da seringa;
- Ocluir o bico da seringa com dispositivo não-perfurocortante;
- Certificar-se que não há início de formação de hematoma ou sangramento no local da punção, e comprimir novamente por mais 5 min, se houver esses sinais.
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material utilizado recolocando-o na bandeja;
- Descartar o material pérfurocortante em recipiente adequado, não reencapando a agulha;
- Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e higienize-a com álcool a 70%;
- Retirar as luvas;
- Higienizar a mãos
- Colocar a etiqueta de identificação
- Providenciar imediato encaminhamento ao laboratório;
- Fazer anotações pertinentes no prontuário do paciente.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

COLETA DE SANGUE VENOSO

OBJETIVO: Coletar sangue para investigação de alterações dos elementos e substâncias circulantes e pesquisa de agentes etiológicos infecciosas.

MATERIAIS: Bandeja, mesa auxiliar, saco de lixo branco, kit de curativo, PVPI alcóolico, adesivo hipoalergênico, luvas de procedimento, pacotes de gaze estéril, solução fisiológica.

AÇÃO:

- 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 reencapando 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

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

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.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

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

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 o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover privacidade à paciente colocando biombo ou fechando a porta;
- Calçar as 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 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 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.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

OBJETIVO: Auxiliar o paciente a receber o suporte nutricional

MATERIAIS: Prevenção da transmissão por aerossóis (partículas de tamanho inferior ou igual a 5 micra), se destina aos pacientes internados que necessitem de isolamento respiratório para aerossóis (tuberculose, varicela e sarampo).

AÇÃO:

- Higienizar as mãos ao entrar e sair do quarto;
- Colocar a máscara N95 antes de entrar no quarto. Esse tipo de máscara tem dois elásticos que devem ser posicionados corretamente, um na região superior e outro na região inferior da cabeça.
- Adaptar a máscara ao rosto para que não escapar;
- Manter o paciente em quarto privativo com pressão negativa ou portas fechadas e janelas abertas;
- Ao entrar e sair do quarto, mantenha a porta aberta o menor tempo possível;

Ao sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA GOTÍCULAS

OBJETIVO: Prevenção da transmissão por gotículas (partículas de tamanho maior ou igual a 5 micra), se destina aos pacientes internados que necessitem de isolamento respiratório para aerossóis (meningite meningocócica, rubéola, caxumba, outros).

MATERIAIS: Máscara cirúrgica.

AÇÕES:

- Higienizar as mãos ao entrar e sair do quarto;
- Colocar a máscara cirúrgica quando a proximidade com o paciente for menor que 1 metro;
- Descarte a máscara ao sair do quarto.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

CURATIVO EM INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

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

MATERIAIS: Bandeja, mesa auxiliar, saco de lixo branco, kit de curativo, PVPI alcóolico, adesivo hipoalergênico, luvas de procedimento, pacotes de gaze estéril, solução fisiológica.

AÇÕES:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário;
- 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 pacote de curativo na mesa auxiliar;
- Retirar a cobertura do curativo anterior com a pinça do tipo dente-de-rato ou luvas de procedimentos;
- Fazer a limpeza do local de inserção do cateter com gaze estéril embebida em solução fisiológica, utilizando pinça Kelly ou luva estéril;
- Secar o local com gaze estéril;
- Passar PVPI alcóolico na inserção e extensão do cateter;
- Secar e cobrir com gaze dobrada específica para cateter central;
- Fixar o curativo e cateter na pele com adesivo hipoalergênico;
- Anotar no adesivo a data de realização do curativo;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar o material e leve para o expurgo;
- Lavar a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;
- Retirar as luvas de procedimento;

- Higienizar as mãos;
- Checar e registrar o procedimento realizado, registrando o horário da aplicação, as condições das regiões de aplicação.

OBSERVAÇÕES:

Retirar o curativo de gaze 24 horas após a punção, instalar o curativo transparente que deverá ser trocado a cada 07 dias, ou quando apresentar sujidade.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

TRANSPORTE INTER HOSPITALAR E PARA EXAMES

OBJETIVO: Coletar sangue para investigação de alterações dos elementos e substâncias circulantes e pesquisa de agentes etiológicos infecciosos.

MATERIAIS: Maca, lençol, cobertor, álcool a 70%, papel-toalha, luvas de procedimentos.

AÇÕES:

- Higienizar as mãos;
- Reunir profissionais necessários para auxiliar no 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;
- Encaminhá-lo ao destino;
- Realizar higienização das mãos;
- Registrar o transporte na folha de anotações de enfermagem do prontuário do paciente.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:

REFERÊNCIAS

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

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

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.

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.



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:
Julho 2017**

Versão nº 01

**REGIMENTO INTERNO
SALA DE EMERGÊNCIA**

ENFERMEIRO:

- Comparecer ao plantão devidamente uniformizado, com roupa branca ou uniforme da instituição, cabelos presos, unhas curtas e limpas, sapatos fechados e jaleco de mangas compridas;
- Ser assíduo;
- Ser pontual;
- Comparecer às reuniões do serviço;
- Realizar reuniões com a equipe de enfermagem, inclusive para a transmissão de orientações repassadas nas reuniões dos enfermeiros com a coordenação;
- Realizar educação continuada em serviço;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
- Coordenar, organizar, planejar e executar as atividades de enfermagem;
- Supervisionar a desinfecção dos mobiliários e equipamentos;
- Supervisionar a conferência do carrinho de emergência;
- Supervisionar a realização dos cuidados de enfermagem;
- Realizar escala de atividades da equipe de enfermagem;
- Realizar escala de folgas da equipe de modo a não prejudicar o bom andamento do serviço;
- Realizar o aprazamento das prescrições médicas e de enfermagem;
- Realizar prescrições e evoluções de enfermagem de acordo com a rotina do serviço;
- Passar o plantão no horário das 18:50h às 19:00h no plantão diurno e das 6:50h às 7:00h no plantão noturno;

- Passar o plantão para o Enfermeiro do próximo turno no leito do paciente, informando o nome do paciente, idade, patologia, cuidados e exames realizados, intercorrências, exames agendados, a condição atual do paciente e o destino provável (observação, alta, aguarda exames, aguarda vaga via central de leitos); estas informações também deverão ser registradas no livro de passagem de plantão;
- Conferir no momento da passagem do plantão se o carrinho de emergência está em ordem, caso contrário deverá ser informado o motivo;
- Informar à coordenação qualquer tipo de intercorrência ou problema com os equipamentos ou materiais da unidade, bem como conferir a presença dos mesmos durante a passagem de plantão;
- Realizar cuidados diretos de enfermagem à pacientes graves e com risco de vida;
- Realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Atentar para o preenchimento correto das fichas de agravos de notificação compulsória;
- Controlar rigorosamente as Declarações de Óbito, bem como preencher o protocolo para controle das vias entregues aos familiares e a via entregue a Vigilância Epidemiológica;
- Passar visita em todos os pacientes da sala de emergência;
- Anotar as intercorrências no livro de passagem de plantão.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Comparecer ao plantão devidamente uniformizado, com roupa branca ou uniforme da instituição, cabelos presos, unhas curtas e limpas, sapatos fechados e jaleco de mangas compridas;
- Ser assíduo;
- Ser pontual;

- Comparecer às reuniões do serviço;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
- Manter os boxes organizados;
- Preparar o box para o recebimento do paciente;
- Manter os prontuários e os exames organizados;
- Repor medicamentos, evitando acúmulo excessivo de medicação;
- Descartar adequadamente os resíduos;
- Realizar cuidados de enfermagem;
- Realizar balanço hídrico e volêmico dos pacientes;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Realizar coleta de exames, anotando no livro de protocolo o encaminhamento destes ao laboratório;
- Realizar desinfecção dos mobiliários e equipamentos, conforme rotina do serviço;
- Realizar a conferência do carrinho de emergência de acordo com a rotina do serviço;
- Encaminhar os materiais sujos à Central de Material de acordo com os horários estabelecidos pelo serviço;
- Identificar todas as soluções abertas com data de abertura, data de validade e nome do responsável;
- Realizar anotação de enfermagem na ficha de cuidados a cada duas horas registrando as condições do paciente, procedimentos, cuidados de enfermagem realizados, alterações no estado geral;
- Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- Assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades da assistência de enfermagem;
- Passar o plantão no horário das 18:50h às 19:00h no plantão diurno e das 6:50h às 7:00h no plantão noturno;
- Passar o plantão para o técnico de enfermagem do próximo turno no leito do paciente, informando o nome do paciente, idade, patologia, os cuidados realizados, as intercorrências, os exames realizados e os que foram agendados, a condição

atual do paciente, os cuidados específicos que necessitam ser realizados de acordo com as prescrições médicas e de enfermagem e o destino provável do paciente (observação, alta, aguarda exames, aguarda vaga via central de leitos);

- Passar o plantão com todos os materiais e equipamentos em ordem, qualquer alteração deverá ser comunicada imediatamente ao enfermeiro de plantão.

**PREPARADO POR: J.PEREIRA
SHEYLA CARVALHO, NAIR LENZ**

REVISADO:

APROVADO: JPEREIRA



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

POSTO DE ENFERMAGEM

ENFERMEIRO

- Comparecer ao plantão devidamente uniformizado, com roupa branca ou uniforme da instituição, cabelos presos, unhas curtas e limpas, sapatos fechados e jaleco de mangas compridas;
- Ser assíduo;
- Ser pontual;
- Comparecer às reuniões do serviço;
- Realizar reuniões com a equipe de enfermagem, inclusive para a transmissão de orientações repassadas nas reuniões dos enfermeiros com a coordenação;
- Realizar educação continuada em serviço;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
- Coordenar, organizar, planejar e executar as atividades de enfermagem;
- Supervisionar a desinfecção dos mobiliários e equipamentos;
- Supervisionar a conferência do carrinho de emergência;
- Supervisionar a realização dos cuidados de enfermagem;
- Realizar escala de atividades da equipe de enfermagem;
- Realizar escala de folgas da equipe de modo a não prejudicar o bom andamento do serviço;
- Realizar o aprazamento das prescrições médicas e de enfermagem;
- Realizar prescrições e evoluções de enfermagem de acordo com a rotina do serviço;
- Passar o plantão no horário das 18:50h às 19:00h no plantão diurno e das 6:50h às 7:00h no

plantão noturno;

- Passar o plantão para o Enfermeiro do próximo turno no leito do paciente, informando o nome do paciente, a idade, a patologia de base, os cuidados realizados, as intercorrências, os exames realizados e os que foram agendados, a condição atual do paciente, os cuidados específicos que necessitam ser realizados de acordo com as prescrições médicas e de enfermagem e o destino provável do paciente (observação, alta, aguarda exames, aguarda vaga via central de leitos); estas informações também deverão ser registradas no livro de passagem de plantão;
- Conferir no momento da passagem do plantão se o carrinho de emergência está em ordem, caso contrário deverá ser informado o motivo;
- Informar à coordenação qualquer tipo de intercorrência ou problema com os equipamentos ou materiais da unidade, bem como conferir a presença dos mesmos durante a passagem de plantão;
- Realizar cuidados diretos de enfermagem à pacientes graves e com risco de vida;
- Realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Atentar para o preenchimento correto das fichas de agravos de notificação compulsória;
- Controlar rigorosamente as Declarações de Óbito, bem como preencher o protocolo para controle das vias entregues aos familiares e a via entregue a Vigilância Epidemiológica;
- Passar visita em todos os pacientes da unidade;
- Anotar as intercorrências durante o plantão no livro de ocorrências.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

- Comparecer ao plantão devidamente uniformizado, com roupa branca ou uniforme da instituição, cabelos presos, unhas curtas e limpas, sapatos fechados e jaleco de mangas compridas;
- Ser assíduo;
- Ser pontual;
- Comparecer às reuniões do serviço;

- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
- Manter os setores organizados;
- Manter os prontuários e os exames organizados;
- Repor medicamentos, evitando acúmulo excessivo de medicação;
- Descartar adequadamente os resíduos;
- Realizar cuidados de enfermagem;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Realizar coleta de exames, anotando no livro de protocolo o encaminhamento destes ao laboratório;
- Realizar desinfecção dos mobiliários e equipamentos conforme rotina do serviço;
- Realizar a conferência do carrinho de emergência de acordo com a rotina do serviço;
- Manter os setores organizados;
- Manter os prontuários e os exames organizados;
- Repor medicamentos, evitando acúmulo excessivo de medicação;
- Descartar adequadamente os resíduos;
- Realizar cuidados de enfermagem;
- Realizar coleta de exames, anotando no livro de protocolo o encaminhamento destes ao laboratório;
- Encaminhar os materiais sujos à Central de Material de acordo com os horários estabelecidos pelo serviço;
- Identificar todas as soluções abertas com data de abertura, data de validade e nome do responsável;
- Realizar anotação de enfermagem na ficha de cuidados registrando as condições do paciente, procedimentos, cuidados de enfermagem realizados e alterações no estado geral;
- Passar o plantão no horário das 18:50h às 19:00h no plantão diurno e das 6:50h às 7:00h no plantão noturno;
- Passar o plantão para o técnico de enfermagem do próximo turno no leito do paciente, informando o nome do paciente, idade, patologia, os cuidados realizados, as intercorrências, os exames realizados e os que foram agendados, a condição atual do paciente, os cuidados específicos que necessitam ser realizados de acordo com as prescrições médicas e de

enfermagem e o destino provável do paciente (observação, alta, aguarda exames, aguarda vaga via central de leitos);

- Passar o plantão com todos os materiais e equipamentos em ordem, qualquer alteração deverá ser comunicada imediatamente ao enfermeiro de plantão.

Ao técnico de enfermagem cabe ainda:

- Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- Assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades da assistência de enfermagem.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

AUXILIARES DE FARMACIA / FARMACEUTICOS

- Realizar atendimento aos pacientes, dispensando medicações mediante receita médica;
 - Fracionar medicamentos injetáveis em embalagens contendo pequenas quantidades para melhor organização;
 - Realizar a conferência dos medicamentos psicotrópicos a cada início e término de plantão;
 - Realizar reposição de materiais e medicação do estoque para o almoxarifado;
 - Realizar a reposição de materiais da Unidade de Pronto Atendimento através da realização do mapa carga;
 - Anotar em planilhas todos os materiais e medicamentos dispensados durante o plantão;
 - Verificar a temperatura da geladeira a cada plantão;
 - Identificar no almoxarifado o lote e vencimento dos materiais e medicamentos, de forma a utilizar primeiramente os que encontram-se com o vencimento mais próximo;
 - Atentar para a validade das medicações;
 - Realizar desinfecção dos mobiliários da farmácia e almoxarifados, conforme rotina do serviço;
 - Realizar limpeza da geladeira, conforme rotina pré estabelecida;
- Anotar as intercorrências no livro da farmácia.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS - RECEPÇÃO

- Realizar recepção dos usuários;
- Realizar atendimento telefônico;
- Realizar ficha de atendimento no sistema eletrônico, ou em formulário impresso quando este não estiver disponível;
- Registrar os dados do usuário no livro de registros quando o sistema encontrar-se indisponível; Registrar intercorrências durante o plantão no livro, bem como comunicar a ocorrência destas ao enfermeiro de plantão.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

OBSERVAÇÕES

- Não é permitido ausentar-se durante o plantão sem autorização prévia do enfermeiro responsável.
- Em caso de acidente de trabalho, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável para que sejam tomadas as devidas providências.
- Não é permitido a ingestão de alimentos na unidade, salvo em áreas destinadas a esta função.
- É proibido fornecer informações do quadro clínico do paciente aos familiares; as informações pertinentes serão fornecidas pelo médico responsável.
- Qualquer motivo que impeça o profissional de comparecer ao plantão deverá ser comunicado o mais breve possível a chefia imediata para que não haja prejuízo ao serviço.
É proibido o uso dos computadores e impressoras do serviço para fins particulares.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ENFERMEIRO

- Comparecer ao plantão devidamente uniformizado, com roupa branca ou uniforme da instituição, cabelos presos, unhas curtas e limpas, sapatos fechados e jaleco de mangas compridas;
- Ser assíduo;
- Ser pontual;
- Comparecer às reuniões do serviço;
- Realizar reuniões com a equipe de enfermagem, inclusive para a transmissão de orientações repassadas nas reuniões dos enfermeiros com a coordenação;
- Realizar educação continuada em serviço;
- Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos;
- Coordenar, organizar, planejar e executar as atividades de enfermagem;
- Atentar para o preenchimento correto das fichas de agravos de notificação compulsória;
- Registrar no livro de notificações todas as fichas de agravos de notificação compulsória entregues a Vigilância Epidemiológica;
- Comunicar imediatamente à Vigilância Epidemiológica suspeitas de agravos como H1N1, Leptospirose, Dengue, Hantavirose, Meningite, entre outros;
- Realizar relatório de vacinas todo dia 20 de cada mês;
- Realizar desinfecção de geladeira todo dia 15 de cada mês; registrando a data de validade e lote de todas as vacinas no livro, deverão ser destacadas as vacinas que encontram-se com o vencimento próximo;
- Descrever no livro da Priorização a cada passagem de plantão o estoque de vacinas, atentando para a quantidade mínima;

- Realizar relatório de diarreia semanalmente;
- Realizar estatísticas de atendimento; número de pacientes atendidos, número de atendimento por idade, sexo, regional de saúde e queixas principais, número de vacinas administradas, número de notificações compulsórias entregues à Vigilância Epidemiológica e outras solicitadas pela coordenação do serviço;
- Priorizar o atendimento de pacientes, classificando-os de acordo com a urgência através de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Azul);
- Registrar os SSVV na ficha de priorização, bem como as medicações de uso contínuo, as doenças pré existentes e a queixa principal no momento, ou seja, o que trouxe o paciente até o serviço;
- Anotar horário na ficha de priorização;
- Verificar a temperatura da geladeira, uma vez por plantão;
- Informar à coordenação qualquer tipo de intercorrência ou problema com os equipamentos ou materiais da unidade, bem como conferir a presença dos mesmos durante a passagem de plantão;
- Anotar as intercorrências durante o plantão no livro de ocorrências.
- Situações especiais: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, indivíduos envolvidos em ocorrências policiais; vítimas de abuso sexual e pacientes que retornam ao serviço em 24hs sem melhora merecem atenção especial do enfermeiro da classificação de risco e, dentro do possível, a sua avaliação deverá ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros pacientes que aguardam atendimento.

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:



**PREFEITURA
DE COLOMBO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

**Número:
POP 001**

**Data da
Validação:
Julho 2017**

**Data da
Revisão:**

Versão nº 01

REGIMENTO INTERNO

OBJETIVOS:

- ⇒ Realizar o acolhimento humanizado;
- ⇒ Realizar entrevista levando em consideração início, duração e localização dos sinais e sintomas;
- ⇒ Verificar glicemia capilar nos usuários com história pregressa de Diabetes, desmaios, jejum prolongado, sudorese e hipotensão;
- ⇒ Utilizar a Escala de Coma de Glasgow para avaliação do nível de consciência;
- ⇒ Utilizar escala de dor pré - estabelecida, avaliando intensidade, irradiação e tipo de dor
- ⇒ Realizar orientações ao tempo de atendimento, eixo de prioridade e destino do usuário;
- ⇒ Supervisionar as ações do Técnico de Enfermagem;
- ⇒ Acionar rapidamente o médico responsável pela sala de emergência para o atendimento em Tempo Zero do usuário classificado como vermelho.
- ⇒ Realizar orientações ao tempo de atendimento, eixo de prioridade e destino do usuário;

A classificação de risco será estabelecida por meio dos critérios de cada área: conforme Ministério da Saúde:

Vermelho - TEMPO ZERO

Agravo	Sinais e sintomas
Dor torácica	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 (dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica; Perda de consciência; História anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; Taquicardia; Hipertensão/ Hipotensão; Taquipnéia; Alteração de ECG e enzimas; Dor ($7 > 10 / 10$)
Infecções graves	Febre, púrpura, alteração do nível de consciência. Sinais vitais instáveis Hipertermia $> 39^{\circ}\text{C}$ Obs.: paciente idoso pode apresentar-se nototérmico
Intoxicações exógenas	Glasgow entre 3 e 8 Hipotensão

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:

Amarelo - TEMPO ATÉ 30 MINUTOS

Agravo	Sinais e sintomas
Infecções	Hipertermia > 38 a 39 °C
Intoxicações exógenas	Glasgow entre 9 a 12 Alteração de nível de consciência Agitação psicomotora
Acidente Vascular Encefálico	Glasgow entre 9 a 12 ICTUS >4 horas Alteração de força e coordenação motora Incontinência urinária e intestinal Alteração pupilar Dislalia Ataxia Hipertensão diastólica >110mmHg SpO2 < 90%
Crise convulsiva	Pós crise convulsiva
Distúrbios respiratórios	Alterações dos sinais vitais Utilização de musculatura acessória SpO2 > 90% Ausculta pulmonar com sibilos
Hemorragia digestiva	PA sist. <100 mmHg ou FC >120 bpm) Hematêmese Perfusão capilar > 3 segundos
Cetoacidose diabética	Agitação Alteração do nível de consciência Hiperglicemia > 300 mg/dl Taquipnéia Taquicardia
Hipoglicemia	Glicemia < 80mg/dl Sudorese Rebaixamento do nível de consciência
Choque anafilático	Hiperemia e rush cutâneo Desconforto respiratório
Dor abdominal	Hipertensão, taquicardia e febre Associado: náusea, vômito, sudorese, cólica renal Dor aguda (4 a 7 /10)
Gravidez	Trabalho de parto (contrações cada 10 min) Hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal

Amarelo - TEMPO ATÉ 30 MINUTOS

Agravo	Sinais e sintomas
Infecções	Hipertermia > 38 a 39 °C
Intoxicações exógenas	Glasgow entre 9 a 12 Alteração de nível de consciência Agitação psicomotora
Acidente Vascular Encefálico	Glasgow entre 9 a 12 ICTUS >4 horas Alteração de força e coordenação motora Incontinência urinária e intestinal Alteração pupilar Dislalia Ataxia Hipertensão diastólica >110mmHg SpO2 < 90%
Crise convulsiva	Pós crise convulsiva
Distúrbios respiratórios	Alterações dos sinais vitais Utilização de musculatura acessória SpO2 > 90% Ausculta pulmonar com sibilos
Hemorragia digestiva	PA sist. <100 mmHg ou FC >120 bpm) Hematêmese Perfusão capilar > 3 segundos
Cetoacidose diabética	Agitação Alteração do nível de consciência Hiperglicemia > 300 mg/dl Taquipnéia Taquicardia
Hipoglicemia	Glicemia < 80mg/dl Sudorese Rebaixamento do nível de consciência
Choque anafilático	Hiperemia e rush cutâneo Desconforto respiratório
Dor abdominal	Hipertensão, taquicardia e febre Associado: náusea, vômito, sudorese, cólica renal Dor aguda (4 a 7 /10)
Gravidez	Trabalho de parto (contrações cada 10 min) Hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal

Verde – TEMPO ATÉ 60 MINUTOS

Agravo	Sinais e sintomas
Infecções	Quadro febril
Intoxicações exógenas	Glasgow entre 13 a 15
Cefaléia	Não súbita Não intensa (0 a 7/10) Sinais vitais normais Paciente com diagnóstico de enxaqueca
Distúrbios respiratórios	Tosse produtiva Hemoptise FR <20
Dor abdominal	Sinais vitais normais Dor agudo de leve a moderada intensidade (0 a 7/10)
Gripe	Dor de garganta intensa Otalgia Rinorréia purulenta Febre < 38,5 °C
Distúrbios gastrointestinais	Vômito e diarreia sem desidratação Entre 5 a 10 evacuações por dia Entre 5 a 10 vômitos por dia Sinais vitais normais Mucosas úmidas Diurese normal
Situações especiais	Idade superior a 60 anos Gravidez Deficientes físicos Dificuldade de locomoção

- ⇒ Realizar o acolhimento humanizado;
- ⇒ Realizar entrevista levando em consideração início, duração e localização dos sinais e sintomas;
- ⇒ Verificar glicemia capilar nos usuários com história pregressa de Diabetes, desmaios, jejum prolongado, sudorese e hipotensão;
- ⇒ Utilizar a Escala de Coma de Glasgow para avaliação do nível de consciência;
- ⇒ Utilizar escala de dor pré - estabelecida, avaliando intensidade, irradiação e tipo de dor
- ⇒ Realizar orientações ao tempo de atendimento, eixo de prioridade e destino do usuário;
- ⇒ Supervisionar as ações do Técnico de Enfermagem;
- ⇒ Acionar rapidamente o médico responsável pela sala de emergência para o atendimento em Tempo Zero do usuário classificado como vermelho.
- ⇒ Realizar orientações ao tempo de atendimento, eixo de prioridade e destino do usuário;

A classificação de risco será estabelecida por meio dos critérios de cada área: conforme Ministério da Saúde:

Vermelho - TEMPO ZERO

Agravo	Sinais e sintomas
Dor torácica	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 (dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso). Sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica; Perda de consciência; História anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; Taquicardia; Hipertensão/ Hipotensão; Taquipnéia; Alteração de ECG e enzimas; Dor ($7 > 10 / 10$)
Infecções graves	Febre, púrpura, alteração do nível de consciência. Sinais vitais instáveis Hipertermia $> 39^{\circ}\text{C}$ Obs.: paciente idoso pode apresentar-se nototérmico
Intoxicações exógenas	Glasgow entre 3 e 8 Hipotensão

ELABORADO POR:

REVISADO:

APROVADO:

Azul – ORDEM DE CHEGADA

Os critérios para área AZUL são que não se enquadram nas condições clínicas descritas acima:

- Queixas crônicas sem alterações agudas.
- Procedimentos como: Curativos, trocas ou requisições de receitas, imunização, trocas de sondas (gástrica e vesical), Vômito e diarreia sem desidratação entre 5 a 10 episódios por dia, pré-natal (gestante de baixo risco), distribuição e aplicação de medicamentos.