

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Seguir as normas estabelecidas no Código de Ética Profissional do Conselho Regional de Enfermagem (COREN);
- Cumprir normas e regulamentos da Instituição;
- Prestar assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro;
- Trabalhar em conformidade com as boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança;
- Atendimento ao público (colaboradores, prestadores de serviço, munícipes e visitantes);
- Receber e direcionar ações para suprir as necessidades das Unidades de Saúde reportando-se à Coordenação;
- Preparar e orientar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- Preencher ficha de SADT, assim como realizar as devidas orientações quanto ao preparo do procedimento;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como: administrar medicamentos por via oral e parenteral;
- Realizar curativos, utilizando medicamentos específicos para cada caso, fornecendo esclarecimentos sobre os cuidados necessários;
- Aplicar oxigenoterapia, nebulização;
- Prestar atendimentos básicos a nível domiciliar;
- Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas (alimentar programa SIPNI);
- Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- Colher material para exames laboratoriais;
- Executar atividades de desinfecção e esterilização;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança;
- Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- Integrar a equipe de saúde;
- Participar de atividades de educação em saúde, tais como grupos e ações, na unidade de saúde ou na comunidade;

- Orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
- Auxiliar o enfermeiro na execução dos programas de educação para a saúde.

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

A supervisão em enfermagem deve buscar estratégias de cooperação no intuito de concretizar o trabalho da equipe, para garantir uma assistência de qualidade à população.

O processo de supervisão é responsabilidade do Enfermeiro e dentre seus objetivos destaca-se os aspectos educativos e de formação buscando a sensibilização e o aprimoramento da equipe que resulte em intervenções mais seguras e de qualidade.

O supervisor da equipe estabelece as metas a serem alcançadas de acordo com a instituição gestora, além disso deve ter o controle das atividades a serem executadas por cada profissional.

PLANEJAMENTO DA SUPERVISÃO

Realizar um cronograma de visitas na unidade e discuti-lo em reuniões (administração direta e indireta)

Apresentar o instrumento de registro sobre as questões elencadas para ser observadas na supervisão.

Registrar a situação real, comparando sempre com o ideal.

Planejar junto aos profissionais que integram a equipe, como alcançar o ideal.

ATRIBUIÇÃO QUANTO A SUPERVISÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE SAÚDE	Supervisão Diária
	Utilizar roteiro proposto, como base para o acompanhamento do serviço de enfermagem;
	Registrar os problemas identificados;
	Apontar possíveis soluções para as demandas;
	Encaminhar relatório de supervisão para a Coordenação do IRB;
	Acompanhar a resolução das pendências.
COORDENAÇÃO	Supervisão Mensal;

	<p>Estabelecer junto a supervisão das unidades, rotina de supervisão e intervenções diante dos problemas identificados;</p> <p>Realizar supervisão junto a Secretaria Municipal de Saúde, sempre que necessário;</p> <p>Realizar mensalmente reunião técnica, junto aos enfermeiros responsáveis pela supervisão das unidades, para feedback das visitas, possíveis organizações de fluxos e demais discussões técnicas e éticas necessárias;</p> <p>Encaminhar relatório mensal para a Diretoria do IRB;</p> <p>Realizar planejamento de supervisão anual.</p>
--	---

MODELO – SUPERVISÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM

COLETA DE EXAMES	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Verificação – Caixa perfuro cortante e suporte - Condições dos equipamentos; - Quantidade e qualidade dos insumos; - Prazo de validade dos insumos; - Limpeza e organização da sala; - Manutenção da privacidade do usuário; - Fluxo e acomodação do usuário; - Técnica no procedimento; - Registro no prontuário e demais fichas; - Identificação do profissional responsável; - Qualidade da orientação individual; - Qualidade da assistência; - Remessa correta dos materiais coletados; - Controle e recebimentos/ anotação resultados; - Postura do profissional; - Biossegurança; - Uso de EPI; - Uso de uniforme e crachá de identificação; - Limpeza concorrente/ Enfermagem.
INALAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Responsável p/ abertura e fechamento do cilindro de O₂; - Condições dos equipamentos; - Quantidade e qualidade dos insumos; - Prazo de validade dos insumos;

Handwritten signature

Handwritten signature

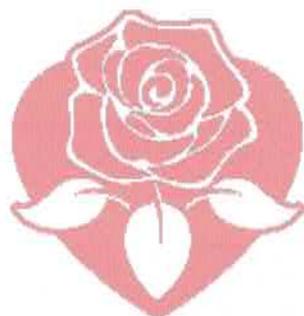
	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza e organização da sala; - Fluxo e acomodação do usuário; - Técnica no procedimento; - Registro no prontuário e demais fichas; - Identificação do profissional responsável; - Qualidade da orientação individual; - Qualidade da assistência; - Postura do profissional; - Uso de EPI; - Uso de uniforme e crachá de identificação; - Limpeza concorrente/ Enfermagem.
VACINAS	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Verificação – Caixa perfuro cortante e suporte; - Organização da sala; - Condições dos equipamentos; - Disposição adequada dos equipamentos; - Controle de temperaturas; - Estoque/validade/quantidade insumos; - Organização e controle validade imunobiológicos; - Manutenção da privacidade do usuário; - Fluxo e acomodação do usuário; - Técnica no procedimento; - Registro cartão/espelho e ficha produção; - Identificação do profissional responsável; - Arquivamento correto da ficha espelho; - Qualidade da orientação individual; - Qualidade da assistência; - Levantamento de faltosos; - Postura do profissional; - Biossegurança; - Uso de EPI; - Uso de uniforme e crachá de identificação; - Limpeza concorrente/ Enfermagem; - Limpeza/organização geladeira.
MEDICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Verificação – Caixa perfuro cortante e suporte - Condições dos equipamentos; - Organização da sala; - Estoque/validade/qualidade dos insumos; - Manutenção da privacidade do usuário; - Fluxo e acomodação do usuário;

RMS

R

	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica no procedimento; - Registro no prontuário e demais fichas; - Identificação do profissional responsável; - Qualidade da orientação individual; - Qualidade da assistência; - Remessa correta dos materiais coletados; - Controle e recebimentos/ anotação resultados; - Postura do profissional; - Biossegurança; - Uso de EPI; - Uso de uniforme e crachá de identificação; - Limpeza concorrente/ Enfermagem; - Limpeza/organização dos armários.
<p>CURATIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Condições dos equipamentos; - Disposição adequada dos equipamentos; - Estoque/validade/qualidade dos insumos; - Manutenção da privacidade do usuário; - Fluxo e acomodação do usuário; - Qualidade da orientação individual; - Qualidade da assistência; - Técnica no procedimento; - Registro no prontuário e demais fichas; - Identificação do profissional responsável; - Postura do profissional; - Uso de EPI; - Uso de uniforme e crachá de identificação; - Limpeza do equipamento/pós atendimento; - Limpeza concorrente/ Enfermagem; - Limpeza e organização da sala; - Limpeza/organização dos armários.
<p>EXPURGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Números de funcionários; - Fluxo correto de material sujo; - Organização da sala; - Condições equipamentos; - Estoque/validade/qualidade dos insumos; - Uso adequado da solução padronizada; - Técnica correta nos procedimentos; - Identificação do material; - Postura do profissional; - Biossegurança;

	<ul style="list-style-type: none">- Uso de EPI;- Uso de uniforme e crachá de identificação;- Limpeza concorrente/ Enfermagem;- Limpeza/organização dos armários.
ESTERILIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- Números de funcionários;- Organização da sala;- Condições equipamentos;- Estoque/validade/qualidade dos insumos;- Limpeza e organização da sala;- Limpeza interna da pia;- Limpeza interna e externa da autoclave;- Técnica correta de manuseio da autoclave;- Identificação do material;- Acondicionamento correto do material na autoclave;- Uso correto dos indicadores;- Registro correto dos testes diários;- Controle validade esterilização/estoque;- Postura do profissional;- Biossegurança;- Uso de EPI;- Uso de uniforme e crachá de identificação;- Limpeza concorrente/ Enfermagem;- Limpeza/organização dos armários.



INSTITUTO
Rosa Branca

NORMAS E ROTINAS

[Handwritten signatures and initials]

157

 INSTITUTO Rosa Branca	NORMAS E ROTINAS
	SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Execução do procedimento: Enfermeiro e Auxiliares de Enfermagem

Materiais

1. Tubos para coleta de exames
2. Agulhas para a coleta a vácuo
3. Escalpes
4. Seringas
5. Algodão
6. Garrote
7. Álcool 70%
8. Adaptador para coleta à vácuo
9. Caixa de isopor ou poliuretano
10. Gelox
11. Braçadeira 1 p/ 15 coletas
12. Caixa de descarte para material perfurocortante
13. Fita adesiva
14. Etiquetas para identificação
15. Luvas de procedimentos
16. Impressos/caderno para registro
17. Grade para suporte dos tubos
18. Coletor Universal
19. Coletor de urina pediátrico
20. Esparadrapo/curativo pronto
21. Papel Lençol
22. Sacos de lixo branco
23. Papel toalha
24. Sabão líquido

Observações:

- Macas e braçadeiras devem ser mantidas limpas (água e sabão).
- Caso ocorra contaminação com material biológico, deve-se providenciar sua imediata descontaminação (desinfecção com hipoclorito a 1% em seguida limpar com água e sabão).
- Para a coleta sugere-se solicitar ao cliente documento identificatório com foto.
- O acondicionamento das amostras deve ser realizado com devida, pois o preparo correto da amostra permite a qualidade da sua análise.
- A maioria dos materiais biológicos deve ser conservada em refrigeração.

Handwritten signature

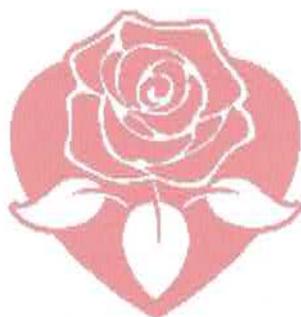
Handwritten signature

158

- As amostras devem ser protegidas da exposição da luz solar, quando a técnica assim exigir, por exemplo, na determinação de bilirrubinas.
- Os resíduos gerados no posto de coleta deverão ser segregados de acordo com as normas de biossegurança.
- Realização da limpeza terminal após coleta.

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES:

1. Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários, o que deverá ser feito pelo auxiliar de Enfermagem.
2. Receber o cliente, checando o preparo adequado para o exame; levantando o rol de exames a serem realizados e orientando para os procedimentos;
3. Registrar os exames em impressos ou cadernos destinados para tal
4. Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor;
5. Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos
6. Entregar os tubos identificados ao cliente, orientando-o sobre a entrega do resultado e encaminhá-lo para a coleta
7. Receber o cliente no setor de coleta de sangue, orientar o procedimento a ser realizado, checando se os tubos estão corretamente identificados
8. Colher o material segundo técnica específica
9. Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde
10. Acondicionar os tubos após a coleta, em recipiente próprio para o transporte ao laboratório e conferi-los
11. Realizar o descarte de material perfurocortante, respeitando as normas de biossegurança
12. Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro; não esquecendo de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc.
13. Realizar no expurgo, a lavagem diária das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem.



INSTITUTO
Rosa Branca

**PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS
PADRÃO (POP)**



160

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 01E
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – ÁGUA E SABÃO	Emissão: XXXX
		Revisão: xxxxxx
		Validade: 1 ano

OBJETIVO

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

COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem;
Equipe médica;
Equipe da farmácia;
Equipe da limpeza;
Equipe da segurança;
Acompanhantes;
Visitantes.

MATERIAL

- Pia de higiene das mãos;
- Sabão líquido comum;
- Papel toalha descartável;
- Lixo comum.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios, etc.);
- Faça a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos;
- Abra a torneira sem encostar-se na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo, sob a água corrente;
- Aplique o sabonete líquido na quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos;
- Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos;
- Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
- Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
- Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
- Enxágue bem as mãos e punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço. (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilize papel toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);

- Seque as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.
- Descarte o papel toalha no lixo comum.

CUIDADOS

Quando realizar higienização das mãos:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar, etc.;
- Ao entrar e sair da unidade;
- Antes e após contato com paciente;
- Antes e após contato com superfícies, objetos e equipamentos próximos ao paciente;
- Antes e após o uso de luvas;
- Após contato com fluidos corpóreos, excretos, mucosas, feridas e curativos;
- Antes e após procedimentos assistenciais;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes e após preparar e manipular medicamentos.

Orientações gerais:

- A principal via de transmissão de infecção hospitalar são as mãos dos profissionais, portanto, a adequada lavagem das mãos é fundamental para seu controle;
- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados ou de urgência e emergência.
- Recomenda-se não usar esmaltes escuros, pois impedem a visualização de sujidades.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 02E
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – ÁLCOOL EM GEL	Emissão: XXXX
		Revisão: xxxxxx
		Validade: 1 ano

OBJETIVO

Reduzir carga microbiana das mãos eliminando a microbiota transitória e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem;
Equipe médica;
Equipe da farmácia;
Equipe da limpeza;
Equipe da segurança;
Acompanhantes;
Visitantes.

MATERIAL

- Gel alcoólico a 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios etc.).
- Faça a higienização das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30 segundos, executando os seguintes passos;
- Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos;
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Friccione a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos;
- Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular;
- Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Friccione os punhos com movimentos circulares;
- Friccione as mãos até secar (não utilize papel toalha).

CUIDADOS

Quando realizar a higienização das mãos com gel alcoólico:

- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar etc;
- Ao entrar e sair da unidade;
- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram

preparo cirúrgico;

- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;
- Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.

Orientações gerais:

- O álcool gel pode ser usado onde não houver disponibilidade de pias, ou em situações de emergência/ urgência onde a lavagem das mãos esteja dificultada;
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados ou de urgência e emergência.
- A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



164

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 03E
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – SOLUÇÃO ANTISSEPTICA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico.

COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem;
Equipe médica;
Equipe da farmácia;
Equipe da limpeza;
Equipe da segurança;
Acompanhantes;
Visitantes.

MATERIAL

- Pia de higiene das mãos;
- Solução antisséptica (Clorhexidine degermante 2%);
- Papel toalha descartável;
- Lixo comum.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios etc.).
- Faça a higienização das mãos com a solução antisséptica, por 40 a 60 segundos.
- Abra a torneira sem encostar-se a pia e mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe por completo as mãos sob água corrente;
- Aplique a solução antisséptica na quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
- Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e viceversa) entrelaçando os dedos; 8Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos;
- Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
- Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e viceversa;
- Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma a mão direita, realizando movimento circular. E vice-versa;
- Enxágue bem as mãos e punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço. 165 (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras

com fechamento manual, utilize papel toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);

- Seque as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.
- Descarte o papel toalha usado no lixo comum.

CUIDADOS

Quando realizar higienização das mãos com solução antisséptica:

- Nos casos de precaução de contato recomendada para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes;
- Nos casos de surto;
- Em unidades de maior risco de infecção (Precauções de Isolamento);
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar etc;
- Ao entrar e sair da unidade;
- Antes e após contato com paciente;
- Antes e após contato com superfícies, objetos e equipamentos próximos ao paciente;
- Antes e após o uso de luvas;
- Após contato com fluidos corpóreos, excretos, mucosas, feridas e curativos;
- Antes e após procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente; Antes e após preparar e manipular medicamentos.

Orientações gerais:

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso.
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas.
- A torneira deve possuir mecanismo de fechamento automático, sem contato manual.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 04E
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Verificar a frequência cardíaca no intervalo de 1 minuto, avaliando se estão em conformidade com os parâmetros normais.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Relógio com ponteiro de segundos;
- Estetoscópio;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Caneta e papel, para anotação;
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

AUSCULTA DO PULSO APICAL

- Lavar as mãos;
- Limpar o diafragma e as olivas do estetoscópio com álcool antes e após examinar a criança;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Introduzir as olivas em suas orelhas com as pontas voltadas em direção à face.
- Identificar o local na parede torácica para determinar o ponto de impulsão máxima.
 - Em crianças com menos de 7 anos de idade – ligeiramente à esquerda da linha média da clavícula e o quarto espaço intercostal.
 - Em crianças com mais de 7 anos de idade – à esquerda da linha média da clavícula e o quinto espaço intercostal.
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o PIM e conte a frequência cardíaca:
- Se o pulso da criança se mostrar regular, conte por 30 segundos e multiplique por 2.
- Se o pulso se mostrar irregular conte por um minuto inteiro.
- Observe o ritmo e a qualidade do ruído.
- Lavar as mãos;
- Realizar o registro da frequência cardíaca, no prontuário.

PALPAÇÃO DE PULSOS PERIFÉRICOS

- Lavar as mãos;

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Colocar o cliente sentado em posição confortável, com o braço ao longo do corpo;
- Nunca usar o polegar para verificar o pulso, pelo risco de confundir a pulsação própria com a pulsação do cliente;
- Colocar a polpa do dedo indicador e médio sobre a artéria radial ou braquial, fazendo pressão leve e constante sobre a mesma;
- Sentir a pulsação, se o pulso da criança se mostrar regular, conte por 30 segundos e multiplique por 2. Se estiver irregular, conte por 1 minuto inteiro.
- Lavar as mãos;
- Anotar frequência, ritmo, amplitude e intensidade do pulso no impresso de anotações de enfermagem ou no impresso de SSVV.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- Outros locais para verificação de pulsos: carotídeo, temporal, braquial, femoral, poplíteo, pedioso e tibial;
- É importante que nos clientes com pulso irregular sejam contados o batimento durante 60 segundos;
- Não se deve controlar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco e fistula para hemodiálise.

FREQUÊNCIA CARDÍACA	
Período/idade	Faixa normal
Recém nascido (até 28 dias)	120 - 160 bpm
Lactente (0 – 2 anos)	90 - 140 bpm
Pré escolar (2 – 4 anos)	80 - 110 bpm
Escolar (5 – 10 anos)	75 - 100 bpm
Adolescente (11 – 19 anos)	60 - 90 bpm

Tabela 1: Frequência cardíaca por minuto

CUIDADOS

- O cliente deve estar tranquilo, sem fatores de estresse e sem ruídos que interfiram na contagem.
- Em crianças menores de 2 anos de idade a ausculta do pulso apical apresenta maior facilidade de obtenção.
- Em crianças mais velhas pode ser realizada a ausculta do pulso apical ou a palpação de pulsos periféricos.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 05E
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Verificar a frequência respiração do cliente;
 Observar o cliente como um todo;
 Evidenciar as principais características dos sinais vitais;
 Orientar as técnicas adequadas para suas verificações;
 Avaliar o que significam as suas alterações;
 Fornecer informações de interesse diagnóstico e terapêutico;
 Permitir acompanhamento da evolução do estado do cliente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
 Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

Relógio com ponteiro de segundos;
 Papel e caneta para anotação.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Colocar o cliente em repouso, por pelo menos 5 minutos;
- Colocar a mão no pulso do cliente, a fim de disfarçar a observação;
- Assegurar que o tórax esteja exposto para avaliação dos movimentos respiratórios;
- Observar os movimentos de elevação e abaixamento do tórax, os dois movimentos (inspiração e expiração) somam 1 movimento respiratório;
- Contar a frequência respiratória por 1 minuto;
- Verificar profundidade e se os movimentos da parede torácica são completas e iguais em ambos os lados do tórax;
- É importante registrar se o cliente está recebendo suplementação de oxigênio máscara ou cateter nasal e a quantidade em litros do gás por minuto);
- Registrar a anotação de enfermagem no prontuário.

CUIDADOS

- Para que a verificação da frequência cardíaca seja feita de maneira correta, é necessário que o cliente esteja tranquilo e em silêncio.
- Em bebês e crianças, deve-se avaliar a respiração sem que estejam chorando, pois poderá alterar a condição respiratória.

Os valores de referência para frequência respiratória são:

- 0 a 2 meses – até 60 rpm;
- 2 a 12 meses – até 50 rpm;

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- 1 ano a 5 anos – até 40 rpm;
- 6 a 8 anos – até 30 rpm;
- Acima de 8 anos – até 20 rpm.

*rpm: Respirações por minuto.

ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 06E
	VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Verificar a pressão arterial do cliente;
 Evidenciar as principais características dos sinais vitais;
 Orientar as técnicas adequadas para suas verificações;
 Avaliar o que significam as suas alterações;
 Fornecer informações de interesse diagnóstico e terapêutico;
 Permitir acompanhamento da evolução do estado do cliente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
 Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirmar o cliente e o procedimento a ser realizado;
- Reunir os materiais na bandeja;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Lavar as mãos;
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (**Figura 1**);
- Realizar assepsia com algodão embebido em álcool 70% nas olivas e no diafragma do estetoscópio;
- Posicionar o cliente de maneira confortável;
- Se necessário, remova a manga da blusa do braço do cliente no qual será colocado o manguito.
- Posicionar o braço na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
- Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca 2 a 3 cm (**Figura 2**);
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Colocar o visor do manômetro de modo que fique fácil a visualização.
- Solicitar ao cliente que não fale durante a mensuração;
- Palpar a artéria braquial e coloque o estetoscópio sobre a região.

171

- Insuflar o manguito até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial).
- Desinflar o manguito a uma taxa de 2 a 3 mmHg por segundo.
- Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som, que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som.
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceda a deflação rápida e completa.
- Retirar delicadamente o manguito e deixe o cliente confortável.
- Esperar 1 a 2 minutos antes de novas mensurações.
- Informar o valor de pressão arterial medido ao cliente.
- Realizar assepsia com álcool 70% no manguito, nas olivas e no diafragma do estetoscópio.
- Lavar as mãos.
- Registrar o valor obtido no prontuário.

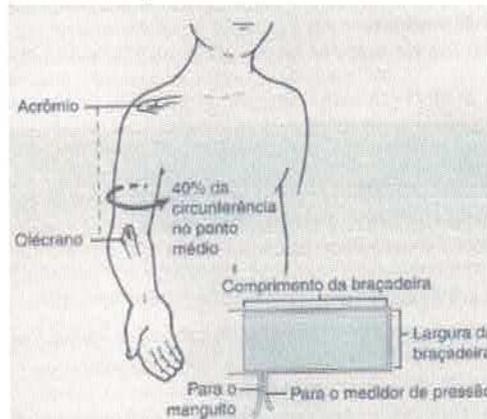


Figura 1: Determinação do manguito de tamanho apropriado: identifique o ponto médio entre o olecrano (cotovelo) e o acrômio (ombro).

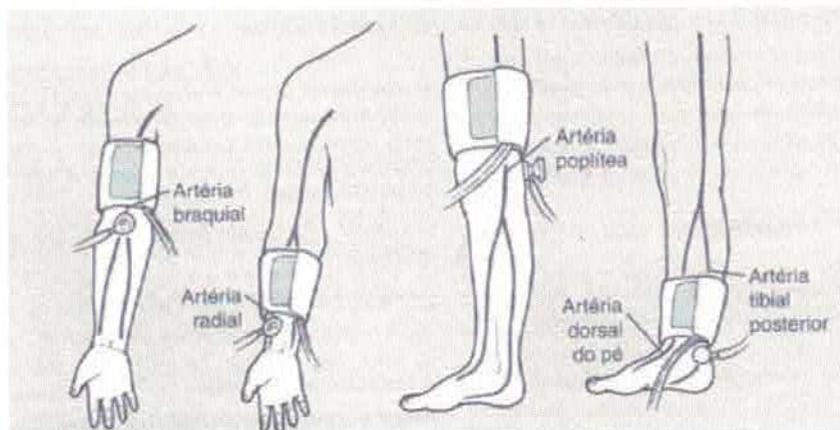


Fig. 2: Locais arteriais utilizados para medir a pressão arterial: braquial, radial, poplítea, tibial posterior e dorsal do pé.

CUIDADOS

- Aguardar 1 minuto, caso seja necessário repetir o procedimento.
- Certificar-se que o cliente não realizou nenhum exercício físico 15 minutos antes da verificação da pressão arterial;
- Não realize a aferição em uma extremidade lesionada, com feridas ou dispositivos instalados.
- **Usar a estatura da criança para calcular o percentil a ser adotado, encontrado o percentil para a classificação da pressão arterial (conforme Anexos), avaliar a pressão arterial de acordo com o percentil em que se encontra, conforme a idade.**

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 07E
	VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Verificar a temperatura axilar do cliente.
Orientar as técnicas adequadas para suas verificações;
Avaliar o que significam as suas alterações;
Fornecer informações de interesse diagnóstico e terapêutico;
Permitir acompanhamento da evolução do estado do cliente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem;
Equipe médica.

MATERIAL

- Bandeja;
- Termômetro digital e digital infravermelho, previamente higienizado;
- Algodão;
- Álcool etílico a 70%;
- Material para anotação: caneta e papel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

I - TEMPERATURA CORPORAL: É o equilíbrio mantido entre a produção e a perda de calor pelo organismo. Pode ser verificada na axila, boca e reto.

TEMPERATURA

173

Período/Idade	Faixa normal
Baixa	37,8 - 38°C
Moderada	38 - 39°C
Alta	> 39°C
Normal	36 - 37,3°C

TÉCNICA PARA VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA

Temperatura: Axilar

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir os materiais na bandeja;
- Posicionar o cliente confortavelmente;
- Promover a privacidade do cliente;
- Realizar assepsia do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%.
- Colocar o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto na pele do cliente, pedindo para comprimir o braço (caso seja necessário, enxugue a axila).
- Aguardar o termômetro apitar. Retire o termômetro e realize a leitura.
- Repetir o procedimento se necessário;
- Verificar a temperatura e anotar;
- Deixar o cliente confortável;
- Fazer assepsia do termômetro novamente, como descrito acima;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário ou no impresso de SSV;
- Observar os seguintes aspectos em relação à febre: início, intensidade, oscilação e evolução.

Termômetro: Artéria temporal

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Higienizar as mãos;
- Reunir os materiais na bandeja;
- Posicionar o cliente confortavelmente;
- Promover a privacidade do cliente;
- Realizar assepsia do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%.
- Pressionar o botão de medição para ligar o termômetro e após dois bips, ele mostrará o valor da última medição;
- Manter uma distância de 5-8 cm acima das sobrancelhas;
- Pressionar o botão de medição, após o "bip" a medição estará terminada e o valor será exibido no display;
- Repetir o procedimento se necessário;
- Verificar a temperatura e anotar;
- Deixar o cliente confortável;
- Fazer assepsia do termômetro novamente, como descrito acima;

- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário;
- Observar os seguintes aspectos em relação à febre: início, intensidade, oscilação e evolução.

CUIDADOS

- Não utilizar os termômetros de mercúrio devido ao risco de exposição dos profissionais ou do ambiente ao mercúrio, em caso de quebra do mesmo. Utilizar apenas o digital.
- Para clientes em isolamento de contato é recomendado manter um termômetro exclusivo.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 08E
	VERIFICAÇÃO DO PESO CORPOREO	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONCEITO

Consiste na verificação do peso do paciente, através de medidas rápida, fácil e segura.

OBJETIVO

- Verificar o peso corporal do paciente.
- Orientar as técnicas adequadas para suas verificações;
- Avaliar o que significam as suas alterações;
- Fornecer informações de interesse diagnóstico e terapêutico;
- Permitir acompanhamento da evolução do estado do cliente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem;
Equipe médica.

MATERIAL

- Balança digital adulto e pediátrico;
- Material para anotação: caneta e papel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Certifique-se que a balança está calibrada;
- Explicar o procedimento para o paciente;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente próxima à balança;

- Colocar um papel toalha na base da balança;
- Solicitar ao paciente para retirar os calçados;
- Auxiliar o paciente a subir na balança;
- Leia o valor apontado na balança;
- Registrar no prontuário ou em impresso próprio para SSVV.
- Auxiliar o paciente ao descer da balança e calçar os sapatos.
- Higienizar as mãos.

CUIDADOS

- Verificar a calibração da balança.
- Posicionar-se sempre próximo ao paciente, evitando riscos de quedas.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 09E
	VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Verificar os níveis de glicose no sangue por meio de fita reagente.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 bola de algodão embebido em álcool a 70%;
- Lanceta;
- 01 tira reagente;
- 01 aparelho de glicosímetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Orientar ao paciente ou seu acompanhante quanto ao procedimento que será realizado;
- Calçar as luvas;
- Pressionar a área puncionada com algodão seco;
- Fazer anti-sepsia da polpa digital com o algodão embebido em álcool;

176

- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente no local indicado (Certificar-se que o lote da fita é o mesmo informado pelo aparelho);
- Puncionar (lancetar) a região lateral da polpa digital, aguardar até que se obtenha uma gota de sangue;
- Colocar a gota de sangue no local indicado na fita reagente;
- Fazer a leitura do valor da glicose no glicosímetro;
- Retirar as luvas;
- Desprezar a lanceta em caixa para perfuro cortante;
- Desprezar a tira reagente no lixo infectante;
- Lavar as mãos;
- Guardar os materiais utilizados em seus respectivos locais;
- Registrar o valor no prontuário.

CUIDADOS

- **Verificar a glicemia antes das refeições;**
- Não puncionar a região central da polpa digital devido à maior potencial para dor e para lesão das impressões digitais;
- Em bebês é recomendado perfurar a região plantar (mãos ou pés).
- Administrar insulina somente após a prescrição médica;
- Rodiziar as áreas de punção para verificação da glicemia.
- **HIPOGLICEMIA** – Glicemia inferior a 70 mg/dl. Sinais e sintomas: Tremores, fraqueza, sudorese, fome, palpitações, alterações visuais.
- **HIPERGLICEMIA** – Glicemia acima de 126 mg/dl (jejum). Sinais e sintomas – sede aumentada, poliúria, perda de peso, polifagia e cansaço excessivo.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 10E
	COLETA – URINA TIPO I	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO
Auxiliar no diagnóstico e no tratamento de patologias urinárias.
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> • 01 tubo de coleta de urina; • Comadre ou papagaio, se necessário; • Etiquetas e identificação e caneta; • Luvas de procedimento; • Sabonete; • Papel toalha.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Reunir o material necessário para o procedimento; • Identificar o frasco de coleta com as iniciais do nome, etiqueta, data, horário; • Puxe a cortina em torno do leito. Acompanhe a criança até o banheiro; • Calce as luvas; • Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado; • Remova a tampa do frasco estéril para a coleta de amostra e coloque a tampa com a parte interna voltada para cima sobre uma superfície limpa e de fácil acesso; • Se um dos pais estiver ajudando ou a própria criança estiver fazendo a coleta, devem lavar as mãos e calçar as luvas; • Limpe a abertura uretral da criança com água e sabão líquido, swab/gaze ou lenços antimicrobianos e descarte-os em um recipiente próximo. Deixe secar. • Se possível, peça à criança que descarte o primeiro jato de urina no vaso sanitário ou na comadre. As amostras necessárias para o exame de lactentes e crianças mais novas devem ser coletadas utilizando-se um saco coletor de urina. • Deixe a criança urinar entre 10 e 20 ml de urina diretamente no frasco coletor estéril; a criança pode então terminar de urinar no vaso sanitário ou no coletor de urina. • Coloque a tampa no frasco coletor. Evite tocar o interior da tampa ou do frasco. Limpe a parte externa do frasco. • Ajude a criança a limpar a região do períneo depois de urinar, conforme a necessidade. • Ajude a criança a retornar ao leito ou a outra atividade, após descartar as luvas e lavar as mãos.

- Coloque uma etiqueta no frasco com a amostra.
- Encaminhar o pedido de exame juntamente com o material coletado ao laboratório em local apropriado;
- Descartar o material utilizado e os resíduos em recipiente apropriado.
- Remova as luvas e lave as mãos.
- Registrar no prontuário a anotação de enfermagem.

CUIDADOS

- Recomenda-se a coleta da primeira urina da manhã, por ser mais volumosa e concentrada;
- Para obtenção de amostras urinárias em crianças de pouca idade e lactentes, é indicado o uso de coletores apropriados.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 11E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via oral;
Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via oral;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Copo com água filtrada;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Caneta;
- Bandeja;
- Se o medicamento em solução, utilizar seringa ou copo dosador.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Ler a prescrição médica;
- Reunir o material necessário;
- Fazer a identificação do medicamento contendo, nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
- Colar a etiqueta de identificação no copo;
- Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação.
 - Se comprimido: retire da embalagem e coloque-o no copo sem tocá-lo. Cada medicamento deve ser colocado em copo individual;
 - Se solução, coloque a dose prescrita em um copo. Utilize seringa ou copo dosador. Cada medicamento deve ser colocado em seringa ou copo dosador individual.
- Reunir o material em uma bandeja;
- Levar o medicamento próximo ao leito do cliente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar o cliente com a cabeceira elevada (45° a 90°), em uma posição favorável à deglutição;

- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente, evitando que outro cliente a tome por engano e garantindo que a medicação seja tomada;
- Oferecer a medicação ao cliente;
- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
- Permanecer ao lado do cliente até que o medicamento seja deglutido;
- Deixar o cliente em posição confortável;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

CUIDADOS

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo cliente após a administração do medicamento.

Medicamento prescrito como “se dor”, “se náusea e vômitos”, “se febre” e outros, comunique o enfermeiro o sintoma identificado, conforme a necessidade da administração, administre, cheque na prescrição e justifique na anotação de enfermagem.

Quando em uso de suspensões, deve-se fazer a agitação, para garantir a distribuição uniforme do medicamento na solução.

Em prescrição de cápsulas, com dosagens diferentes das padronizadas na farmácia, lembre-se que elas não devem ser abertas.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 12E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via sublingual;
Promover terapêutica medicamentosa nos casos de maior rapidez na absorção do medicamento, em comparação com a via oral;
Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intravenosa;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Caneta;
- Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Verificar a prescrição médica;
- Reunir o material necessário;
- Fazer a identificação do medicamento contendo, nome do cliente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário;
- Cole a etiqueta de identificação no copo;
- Colocar em uma bandeja o copo descartável contendo o medicamento com a identificação.
- Retire o comprimido da embalagem e coloque-o no copo sem tocá-lo. Cada medicamento deve ser colocado em copo individual;
- Reúna o material em uma bandeja;
- Levar o medicamento próximo ao leito do cliente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Solicitar ao cliente que coloque a medicação abaixo da língua, orientando-o para mantê-la até a completa dissolução;
- Se o cliente estiver impossibilitado, auxiliá-lo ou executar o procedimento;

182

- Nunca deixar o medicamento sobre a mesinha de cabeceira;
- Desprezar o material descartável;
- Manter a unidade do cliente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

CUIDADOS

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo cliente após a administração do medicamento.

Medicamento prescrito como “se dor”, “se náusea e vômitos”, “se febre” e outros, comunique o enfermeiro o sintoma identificado, conforme a necessidade da administração, administre, cheque na prescrição e justifique na anotação de enfermagem.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 13E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA NASAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO
Preparar e administrar medicamentos por via nasal; Aliviar a congestão nasal; Facilitar a drenagem de secreções; Permitir respiração eficiente.
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> • 01 frasco de medicação prescrita; • 01 conta-gotas; • Toalha ou papel-toalha descartável; • 01 par de luvas de procedimento; • Bandeja.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Reunir o material necessário e conferir prescrição médica; • Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente; • Calçar luvas de procedimento; • Se necessário, faça higiene nasal com gaze embebida em solução fisiológica; • Posicionar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás; • Retirar com o conta-gotas a dosagem da medicação prescrita; • Instilar a medicação na parte superior da cavidade nasal, procurando não encostar o conta-gotas na mucosa; • Continuar com a cabeça inclinada para trás por alguns segundos; • Voltar à posição normal, se o cliente estiver lúcido, solicitar que inspire profundamente por 2 a 3 vezes; • Recolher o material utilizado; • Descartar as luvas e lavar as mãos; • Registrar as anotações de enfermagem no prontuário de enfermagem.
CUIDADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro e anote no prontuário o motivo. - Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.

Quando em uso de conta-gotas, após a aplicação do medicamento prescrito, não devolva o excedente ao frasco.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 14E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamentos por via subcutânea.
Esta via é normalmente escolhida para drogas que se processam por meio de absorção lenta e contínua.
É indicada para insulinas e medicamentos anticoagulantes como heparina.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 Seringa de 1ml graduada;
- 01 Agulha 13x4,5;
- Medicação prescrita;
- Fita adesiva;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Bandeja;
- Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir a medicação prescrita;
- Observar no preparo do medicamento a dose correta e técnica asséptica;

185

- Verificar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e agulha;
- Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminá-la;
- Fazer assepsia no “gargalo da ampola” com algodão embebido em álcool 70%;
- Proteger os dedos com algodão embebido com álcool para quebrar o gargalo da ampola;
- Aspirar a solução da ampola para a seringa até atingir a dose prescrita;
- Expelir o ar que penetrou no interior da seringa;
- Identificar o medicamento preparado com o nome do cliente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário;
- Deixar o local de preparo de medicação em ordem, utilizando álcool 70% para fazer assepsia da bancada;
- Utilizar bandeja ou carrinho de medicação devidamente limpos com álcool 70%;
- Verificar o nome do cliente e esclarecer o medicamento que irá receber;
- Escolher a região adequada para aplicação (**Observar Figura 1**);
- Colocar o cliente em posição confortável, conforme região escolhida;
- Fazer anti-sepsia do local, com movimentos firmes em um só sentido, com algodão embebido em álcool 70%;
- Desprezar o algodão, colocando outro algodão limpo e seco em uma das mãos;
- Fazer uma prega no tecido subcutâneo, na região escolhida;
- Com a outra mão, introduzir a agulha em ângulo de 90 graus e antes de injetar o produto, puxar o êmbolo da seringa para trás, para verificar se não atingiu vaso sanguíneo, caso isso ocorra, mudar o local de aplicação;
- Injetar o medicamento lentamente;
- Retirar a agulha com movimento rápido e único;
- Pressionar o local da injeção com o algodão, não massagear;
- Colocar o cliente em posição confortável e deixar a unidade em ordem;
- Desprezar a seringa juntamente com a agulha em recipiente para perfuro-cortantes e o material contaminado em lixo apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- As medicações devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações, coma a hora da realização.

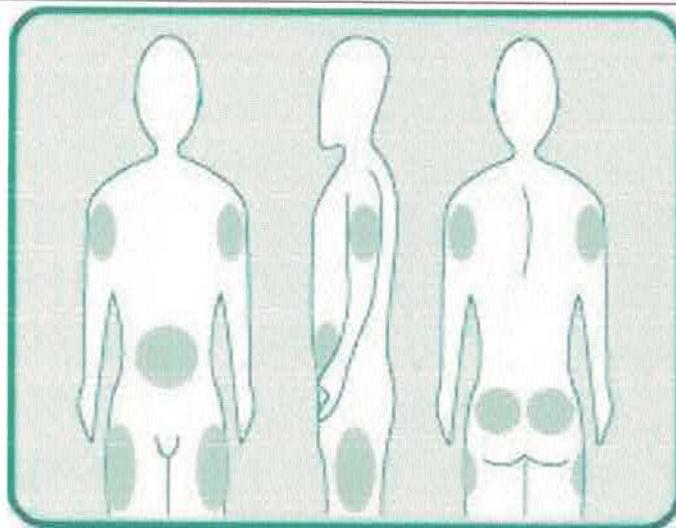


Figura 1. Locais para aplicação subcutânea

CUIDADOS

- Não deve ser feita em áreas hiperemiadas, cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou em escoriações.
- Caso a aplicação seja com agulha 25x7 utilizar ângulo de 45 graus;
- Os locais de aplicação devem ser alternados, sendo: face externa superior do braço, região do deltoide, face externa e anterior da coxa, região abdominal e glútea;
- Certifique-se de que o tipo de insulina, a quantidade de unidades e a seringa estão corretas;
- Antes de aspirar uma suspensão de insulina, gire e inverta delicadamente o frasco. Não sacudir o frasco, porque esse procedimento pode causar o aparecimento de espuma ou bolhas no interior da seringa;
- Medicamentos subcutâneos não são diluídos;
- Ao administrar heparina não se deve verificar retorno venoso, nem massagear o local, pois esta técnica pode provocar hemorragias teciduais localizadas;
- É recomendável que se estabeleça o rodízio dos locais de injeção, para evitar complicações como abscessos estéreis, lipodistrofia, etc.;
- **Atenção:** os frascos de insulinas depois de aberto **devem ser refrigerados, e podem ser utilizados até a validade indicada no frasco.**
- Respeitar o volume de solução preconizada – até 1 ml.
- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.

- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
- Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.
- Avaliar a massa muscular da criança e escolha o local mais adequado.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 15E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Preparar e administrar medicamento via intramuscular;
Oferecer terapia de ação rápida quando o cliente está impossibilitado de deglutir ou as drogas são irritantes ou inabsorvíveis pelo tubo digestivo;
Quando existe dificuldade em acesso venoso.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 Seringa compatível com a medicação a ser administrada;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Agulha 25x7 ou 30x7;
- Medicamento prescrito;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Fita microporosa;
- Bandeja;
- Caneta;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir a medicação prescrita;
- **Conferir o nome do paciente;**
- **Observar no preparo do medicamento a dose correta, técnica asséptica e diluição, em caso de frasco-ampola;**
- Verificar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e agulha;
- Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminá-la;
- Fazer assepsia no "gargalo da ampola" com algodão embebido em álcool 70% e no caso de frasco-ampola, levantar a tampa metálica e fazer assepsia da borracha;
- Proteger os dedos com algodão embebido com álcool para quebrar o gargalo da ampola ou retirar a tampa metálica do frasco - ampola;
- Aspirar a solução da ampola para a seringa, no caso de frasco ampola, introduzir o diluente e homogeneizar o pó com o líquido através de movimentos circulatorios lentos sem sacudir;

- Expelir o ar que penetrou no interior da seringa;
- Proteger a agulha com o protetor próprio e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;
- Identificar o medicamento preparado com o nome do cliente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário, usando a fita adesiva;
- Deixar o local de preparo de medicação em ordem, utilizando álcool 70% para fazer assepsia da bancada;
- Utilizar bandeja ou carrinho de medicação devidamente limpos com álcool 70%;
- Dirigir-se ao leito do cliente e colocar a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;
- Verificar o nome do cliente e esclarecer o medicamento que irá receber, quando lúcido;
- Calçar luvas;
- Orientar o cliente para manter uma posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a aplicação, evitando o extravasamento e minimizando a dor;
- Fazer anti-sepsia da pele, com algodão embebido em álcool 70%. **Nos adultos, é recomendado aplicar no quadrante superior externo das nádegas, nos lactentes e crianças até 03 anos, utilizar a face lateral externa da coxa.**
- Realizar a aplicação no local programado, mantendo o músculo com firmeza, num ângulo de 90 graus;
- **Antes de administrar a solução, puxar o êmbolo da seringa para trás, a fim de verificar se a agulha não atingiu nenhum vaso sanguíneo. Se aparecer sangue na seringa, retirar a agulha e injetar em outro local e repetir a operação;**
- Administrar a solução lentamente;
- Retirar a agulha e seringa em movimento único;
- Fazer pressão no local da administração, com algodão seco;
- Colocar o cliente em posição confortável e deixar a unidade em ordem;
- Desprezar a seringa juntamente com a agulha em recipientes para perfuro-cortantes e o material contaminado em lixo apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- As medicações devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações, com a hora da realização.

CUIDADOS

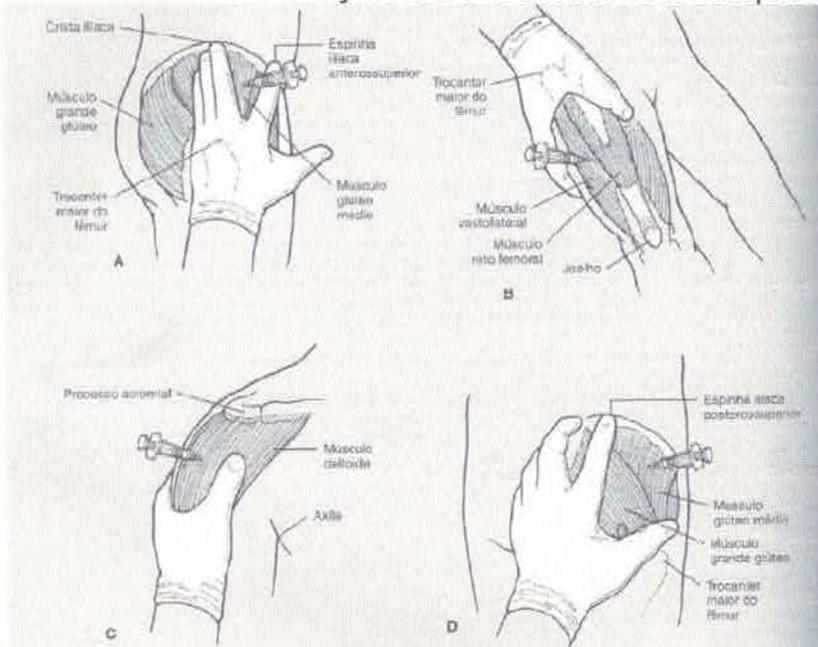
Atentar-se para o volume máximo a ser administrado por via intramuscular:

- Neonatos – vasto lateral – até 0,5 ml;
- Lactentes – vasto lateral – até 1,0 ml;
- Crianças de 03 a 06 anos – quadrante superior externo de glúteo – até 1,5 ml;
- 06 a 14 anos – quadrante superior externo de glúteo – até 2,0 ml;
- Adolescentes - quadrante superior externo de glúteo – até 2,5 ml;
- Adulto - quadrante superior externo de glúteo – até 4,0 ml.

Atenção:

- Crianças com menos de 7 meses – Vasto lateral. O vasto lateral é um músculo relativamente grande em lactentes, livre de grandes vasos sanguíneos e nervos.
- Crianças maiores de 7 meses – Ventroglúteo. O músculo ventroglúteo tem uma camada bastante consistente de tecido adiposo e está livre de nervos e grandes vasos sanguíneos.

- Evitar áreas de integridade tecidual prejudicada, previne lesão tecidual adicional ou potencial perda do medicamento.
- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- Se o medicamento se apresentar em pó liofilizado, faça a reconstituição com o diluente recomendado.
- O volume máximo recomendado do medicamento que pode ser administrado pela via intramuscular é de 4 ml (em indivíduos adultos).
- Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.
- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
- Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.
- Avaliar a massa muscular da criança e escolha o local mais adequado.



(A) **Ventroglúteo** - Coloque seu dedo indicador na coluna ilíaca anterossuperior, o dedo médio na crista ilíaca superior e sua palma no trocânter maior (use a mão direita para o quadril esquerdo da criança e vice-versa). Injete no centro do "V" formado pelos dedos indicador e médio.

(B) **Vasto lateral** – Identifique o terço médio do fêmur. Em seguida, identifique a área entre as duas linhas imaginárias desenhadas a partir do trocânter maior até o joelho – uma linha mesoanteriormente e uma mesolateralmente. O local da injeção fica entre as linhas no terço médio da coxa anterior mesolateral.

- (C) **Deltoide** – Identifique o local dois dedos abaixo do processo acromial e imediatamente acima da axila. Administre no terço superior do músculo deltoide.
- (D) **Dorsoglúteo** – Não recomendado em crianças com menos de 5 anos de idade ou naquelas com massa muscular insuficiente. Coloque a criança em decúbito ventral e peça que aponte os dedos dos pés para dentro. Desenhe uma linha imaginária entre a coluna ilíaca posterosuperior e o trocânter maior. Administre na região externa superior acima dessa linha no músculo glúteo médio.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 15E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via intravenosa;
Preparar e administrar medicamento via intravenosa;
Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento prescrito;
- Solução para reconstituição/diluição;
- Seringa (tamanho de acordo com o volume da solução);
- Agulha 40x12 (para aspirar medicação);
- Agulha 25x7 ou 25x8 (para administrar medicação);
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Fita microporosa;
- Se necessário, equipo, bureta, bomba de infusão, tampinha para equipo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos;
- Separar o medicamento, e se necessário o diluente;

- Reunir o material para preparo em uma bandeja;
- Separar o frasco ou ampola e faça a desinfecção da superfície de abertura com algodão embebido em álcool 70%.
- Conectar a agulha à seringa (se medicamento em frasco pronto para uso, conecte ao equipo e retire o ar).
- Retirar o ar da seringa ou equipo.
- Colocar a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou frasco da solução;
- Reunir o material para administração em uma bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Explicar a criança e ao familiar o procedimento que será realizado;
- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento e exponha a área com o dispositivo venoso;
- Observar a área exposta quanto a integridade da pele e condições do dispositivo venoso.
- Higienizar as mãos;
- **Proceder a colocação do garrote para visualização da veia a ser puncionada;**
- Após a escolha da veia, retirar o garrote.
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer antisepsia do local a ser puncionado, com algodão embebido em álcool 70% em sentido único, sempre da área menos contaminada para a mais contaminada.
- Introduzir o cateter sentido ao acesso venoso, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°.
- Após a punção, realizar a fixação do cateter com fita microporosa.
- Retirar as luvas.
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material utilizado;
- Descartar em recipiente apropriado.

CUIDADOS

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- Se o medicamento se apresentar em pó liofilizado, faça a reconstituição com o diluente recomendado.
- Verifique a quantidade do medicamento a ser administrada para determinar o tamanho da seringa e sua adequação para a criança. Limite o volume de acordo com a idade da criança e o tamanho do músculo utilizado.
- Escolha o tamanho da agulha para o local e tamanho do músculo.
- Selecione o calibre baseado naquilo que está disponível para o comprimento apropriado da agulha para a criança e a viscosidade do medicamento.

- Se houver sinal de flebite, hematoma, infiltração, extravasamento, dor ou qualquer outra anormalidade, interrompa a administração, retire o dispositivo e puncione novo acesso venoso.
- A fixação do cateter deve possibilitar a visualização do local da inserção.

Permeabilidade:

- Flushes de SF 0,9% em pressão positiva, sendo: Crianças – 5 ml
- Em situações: Interrompida a terapia IV e entre a aplicação de um medicamento e outro, para impedir a interação medicamentosa.

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 16E
	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO
Preparar e administrar medicamento via retal; Estimular o peristaltismo intestinal; Aliviar a dor e eliminar muco e fezes.
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento prescrito; • 01 Pacote de gazes; • 01 Par de luvas de procedimento; • Biombo; • Bandeja.
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Reunir o material necessário e conferir prescrição médica; • Dirigir-se ao leito do cliente; • Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente; • Proteger o leito do cliente com o uso de biombos; • Calçar as luvas;

- Abrir o invólucro do supositório e colocá-lo sobre a gaze;
- Evitar pegar o medicamento diretamente com as mãos;
- Acomodar o cliente em posição de sims;
- Afastar os glúteos;
- Introduzir o supositório no reto e pedir para que o cliente o retenha;
- Acomodar o cliente em posição confortável;
- Encaminhar o material utilizado para o expurgo e desprezar o material descartável;
- Retirar as luvas e descartá-las em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Checar a folha de prescrição médica;
- Registrar as anotações de enfermagem, em prontuário.

CUIDADOS

- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração.
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro, circule o horário e anote no prontuário o motivo.
- Medicamentos administrados fora do horário determinado, comunique o enfermeiro, cheque e justifique na anotação de enfermagem o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.
- **Anotar as características do líquido retornado, cor, odor, aspecto e quantidade;**
- **Antes de introduzir o supositório, deve-se avaliar a região anal para garantir a integridade.**

Ações em caso de não conformidades

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 17E
	CALÇAR E RETIRAR LUVAS ESTÉREIS	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Proporcionar condições para realização de técnicas assépticas, além de permitir a proteção individual.

COMPETÊNCIA

Enfermeiros;
Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL

- 01 par de luvas estéreis

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Remover anéis, alianças, pulseiras e relógios das mãos;
- Lavar as mãos;
- Utilizar luvas de número compatível com o tamanho das mãos;
- Abrir a embalagem contendo o par de luvas, de acordo com os princípios de assepsia, de modo que as luvas fiquem expostas e viradas em sua direção;
- Segurar uma das luvas pela dobra do punho, expondo abertura da mesma e calcá-la na outra mão;
- Com a mão enluvada, introduzir os dedos (exceto o polegar) no interior da dobra do punho da outra luva;
- Expor a abertura da mesma;
- Unir os dedos da outra mão, sendo que, a palma da mão deve estar voltada para cima;
- Introduzir a outra mão na abertura apresentada e calcá-la totalmente até o punho;
- Estando as duas mãos enluvadas, posicionar corretamente os dedos, ajustando-os nas luvas.

PARA RETIRAR LUVAS

- Descalçar as luvas sem deixá-las entrar em contato com a pele;
- Segurar com os dedos da mão menos contaminada a face externa do punho da luva da outra mão;
- Puxar a luva com delicadeza e retirá-la. Ela praticamente ficará do avesso;
- Introduzir os dedos da mão desenluvada na face interna do punho da luva da outra mão, retirando completamente;
- Desprezar as luvas em local apropriado (lixo contaminado branco);

196

- Lavar as mãos.

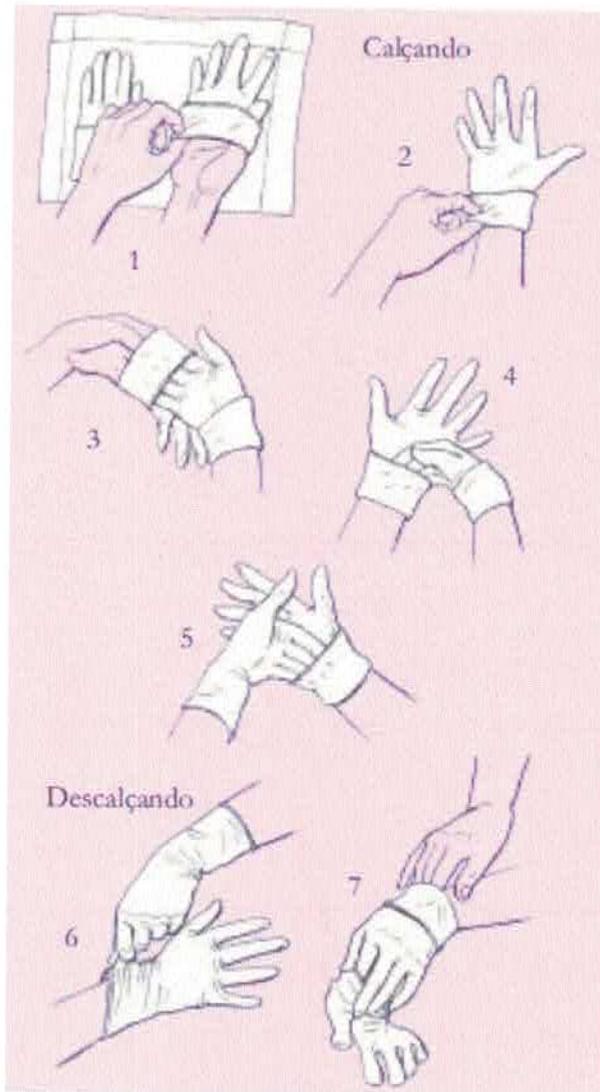


Figura 1: Procedimento de Calçar e Descalçar as Luvas Esteréis

CUIDADOS

- Após o uso, as luvas tornam-se contaminadas;
- Não lavar mãos enluvadas.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

[assinatura]

[assinatura]

 <p>INSTITUTO Rosa Branca</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 18E
	ASSISTÊNCIA NA ELIMINAÇÃO DE VÔMITO	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Auxiliar o cliente e proporcionar conforto.

COMPETÊNCIA

Auxiliares de enfermagem

MATERIAL

- Biombos;
- Toalha;
- Recipiente (bacia, balde ou cuba rim);
- Luva de procedimento;
- Material para higiene oral.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e levar no quarto do cliente;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Proporcionar privacidade ao cliente com o auxílio de biombos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Manter o cliente em decúbito lateral, com a cabeça levemente inclinada;
- Auxiliar o cliente, oferecer toalha e um recipiente;
- Observar característica (tipo de vômito, frequência, conteúdo, presença de sangue vivo ou não, quantidade, dor, náuseas);
- Manter o ambiente bem ventilado;
- Após o término, oferecer material para higiene oral;
- Retirar os lençóis e materiais sujos e providenciar a higienização;
- Depositar os lençóis em saco plástico identificando no exterior qual o tipo de secreção existente e colocar o mesmo no hamper;
- Tomar medidas que impeçam o estímulo de vômito;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Comunicar o enfermeiro;
- Registrar no prontuário as anotações de enfermagem.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 19E
	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – TROCA DE FRALDAS RN	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Promover higiene e proteção da pele para profilaxia de infecções, proporcionar conforto e bem-estar do RN/ criança.

COMPETÊNCIA

Auxiliares de enfermagem

MATERIAL

- Fralda adequada ao tamanho do RN/ criança;
- Luvas de procedimento não estéril;
- Algodão, pano ou lenços umedecidos (não alergênico e sem cheiro);
- Toalha.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienize as mãos;
- Calçar luvas;
- Posicionar o lactente/criança, em superfície limpa e firme.
- Retirar a fralda suja;
- Realizar a higienização do perineo, com pano ou algodão umedecidos em água morna;
- Observe a área perineal do lactente/criança à procura de hiperemia, erupção ou escoriação;
- Limpe a área do coto umbilical do recém nascido com água e sabão. Observe o umbigo à procura de hiperemia ou drenagem. Levante o coto umbilical e limpe a base; não umedeça o coto umbilical. Enxágue e seque a área. Deixe o local aberto, não aplique álcool ou antibióticos no coto umbilical;
- Coloque uma nova fralda, dobrando a parte da frente para evitar irritação do cordão umbilical. Dobre a parte plástica para fora.
- Jogue fora a fralda e os resíduos no recipiente adequado. Retire as luvas e lave as mãos.
- Envolve o lactente/RN em um cobertor e coloque-o no berço com as grades laterais levantadas. Coloque a criança em uma posição segura no leito com as grades laterais elevadas.
- Anotar no prontuário o procedimento realizado.

CUIDADOS

- Não se afaste da criança durante o procedimento.
- No sexo feminino realizar a higiene no sentido da vagina para o ânus, evitando infecção urinária.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

199

 INSTITUTO Rosa Branca	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: 20E
	ATENDIMENTO EM CRISE CONVULSIVA	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO

Estabelecer procedimentos relativos ao atendimento de Enfermagem ao paciente com crise convulsiva.

COMPETÊNCIA

Equipe de enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares);
Equipe médica.

MATERIAL

- Cateter de Oxigênio;
- Água destilada;
- Umidificador com extensão;
- Rede de gases;
- Luvas de Procedimento;
- Cânula de Guedel;
- Jelco (nº varia de acordo com o cliente);
- Polifix;
- Equipo macrogotas;
- SF 0,9% 250 ml;
- Glicosímetro;
- Tira de glicosímetro;
- Lanceta para glicosímetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acomodar o cliente na sala de emergência;
- Acionar o plantonista médico da unidade;
- Calçar luvas de procedimento e EPIS;
- Retirar adornos e próteses dentárias;
- Colocar cânula de guedel, com a finalidade de facilitar a aspiração e prevenir trauma oral;
- Realizar controle de SSVV;
- Realizar teste de glicemia capilar;
- Instalar cateter de O2 com umidificador seguindo a prescrição médica;
- Manter a monitorização do paciente;
- Não deixar o paciente sozinho na sala;
- Realizar punção venosa com Jelco/abocath com o calibre adequado para o perfil do cliente;

200