

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UNIVILLE

ORGANIZAÇÃO
LUCIANA FERREIRA KARSTEN

Procedimentos Operacionais Padrão da Enfermagem (POP)

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UNIVILLE

ACADÊMICOS DO 2.º ANO DE 2017

LISTA DE AUTORES:

AMANDA MATE: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

BIANCA SARA FLORES: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

DANIELLE RAZZINI LOPES: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

DJAIR ALVES DE SOUZA: Aluno do 4.º ano de Enfermagem (2019)

LARISSA THANDARA RIBEIRO: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

LUCIANA FERREIRA KARSTEN: Enfermeira, mestra pela Universidade da Região de Joinville (Univille), especialista pela Universidade Paulista (Unip), professora no curso de graduação de Enfermagem da Univille e da Universidade Sociedade Educacional de Santa Catarina (Unisociesc)

MARINA RICCI: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

MELODY CRISTINA MANSANI CARRARO TROMBELLI: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

NATALY MARIE MONTEIRO RODRIGUES: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

VANESSA PREISLER FOGOLARI: Aluna do 4.º ano de Enfermagem (2019)

2019

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Univille

U58p	Universidade da Região de Joinville. Curso de Enfermagem Procedimentos operacionais padrão da Enfermagem (POP) / Curso de Graduação em Enfermagem – Univille; organização Luciana Ferreira Karsten. – Joinville, SC: Editora Univille, 2019. 61 p. Material elaborado pelos alunos do 2.º ano do curso de Enfermagem da Univille no ano de 2017. 1. Enfermagem – Prática. 2. Enfermagem – Manuais, guias etc. I. Karsten, Luciana Ferreira (org.). II. Título. CDD 610.73
------	--

“A observação indica como o paciente está; a reflexão indica o que precisa ser feito; destreza prática indica como fazê-lo. Treinamento e experiência são necessários para saber como observar e o que observar; como pensar e o que pensar.”

Florence Nightingale

APRESENTAÇÃO	6
POP N.º: 1 – Higienização das mãos	7
POP N.º: 2 – Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool.	8
POP N.º: 3 – Verificação de sinais vitais	9
POP N.º: 4 – Banho no leito	11
POP N.º: 5 – Punção venosa periférica.	13
POP N.º: 6.1 – Administração de medicação por via oral	15
POP N.º: 6.2 – Administração de medicação por via oftálmica ou ocular	17
POP N.º: 6.3 – Administração de medicação por via otológica ou auricular	18
POP N.º: 6.4 – Administração de medicação por via nasal	19
POP N.º: 6.5 – Administração de medicação via sublingual (SL).	20
POP N.º: 6.6 – Administração de medicação por via subcutânea (SC).	21
POP N.º: 6.7 – Administração de medicação por via intradérmica (ID).	23
POP N.º: 6.8 – Administração de medicação por via intramuscular (IM)	25
POP N.º: 6.9 – Administração de medicação por via intravenosa ou endovenosa (IV ou EV)	27
POP N.º: 6.10 – Administração de medicação por via vaginal	29
POP N.º: 6.11 – Administração de medicação por via retal	31
POP N.º: 6.12 – Administração de medicação por via gástrica (sonda enteral ou gástrica)	33
POP N.º: 7 – Hemoglicoteste ou glicemia capilar (HGT)	35
POP N.º: 8 – Realização e remoção de curativos.	36
POP N.º: 9 – Eletrocardiograma (ECG).	38
POP N.º: 10 – Gasometria arterial	40
POP N.º: 11 – Oxigenoterapia	42
POP N.º: 12 – Nebulização	43
POP N.º: 13 – Minilavado broncoalveolar (mini ball).	45
POP N.º: 14 – Aspiração de secreção de vias aéreas	47
POP N.º: 15 – Aplicação de máscara laríngea	49

POP N.º: 16 – Sondagem entérica e gástrica	51
POP N.º: 17 – Cuidados com bolsa de colostomia	53
POP N.º: 18 – Exame ginecológico	55
POP N.º: 19 – Cateterismo vesical de longa permanência ou sondagem vesical de demora (SVD).....	57
POP N.º: 20 – Cateterismo vesical de alívio ou sondagem vesical de alívio (SVA)	60

Como Florence Nightingale afirmava, a enfermagem é uma das mais belas artes que evoluíram ao passar dos anos e adquiriram um contexto teórico, prático e científico. Por isso, as práticas exercidas pelos profissionais de enfermagem devem ser devidamente documentadas e revistas, a fim de serem aprimoradas para levar assistência de qualidade ao paciente.

A revisão das práticas tem como objetivo levar em consideração o ser humano como algo único que está dentro de um contexto próprio, sendo assim preciso realizar técnicas assistenciais adequadas para cada indivíduo. Para tanto, faz-se necessária a confecção de um Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. O documento deve ser elaborado por enfermeiros e estar disponível em qualquer instituição que presta atendimento a pacientes mediante uma equipe de enfermagem.

Este Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem (POP) foi uma atividade elaborada pelos alunos do 2.º ano do curso de Enfermagem da Univille ao longo de 2017, na disciplina Fundamentos Práticos do Cuidar.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 1	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Higienização das mãos		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>A lavagem das mãos é tradicionalmente o ato mais importante para prevenção e controle das infecções hospitalares, devendo ser praticada por toda a equipe, sempre ao iniciar e ao terminar uma tarefa.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a saúde do profissional • Eliminar sujidades, substâncias tóxicas e medicamentos • Evitar disseminação de doenças • Diminuir o número de microrganismos 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Água • Sabão (de preferência líquido e neutro) • Papel toalha • Lixeira com acionamento no pé • Lavatório apropriado 		
Responsável pela prescrição:	Enfermeiro e/ou Controle de Infecção Hospitalar		
Responsável pela execução:	Todos os profissionais que entram em contato com o paciente e seus pertences		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir a torneira e molhar as mãos • Aplicar sabão líquido • Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si • Esfregar os dedos das duas mãos • Friccionar os espaços interdigitais, entrelaçando os dedos • Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma oposta, segurando os dedos com movimentos de vai e vem (e vice-versa) • Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimentos circulares (e vice-versa) • Friccionar as pontas dos dedos e unhas da mão esquerda contra a mão direita, fechada em concha, fazendo movimentos circulares (e vice-versa) • Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da mão direita, utilizando movimentos circulares (e vice-versa) • Enxaguar as mãos retirando os resíduos de sabão • Evitar contato com a torneira • Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos • Desprezar o papel toalha após o uso na lixeira de resíduos comuns 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar a técnica da lavagem, retirar anéis, pulseiras e relógio • Respeitar a duração dos procedimentos • Em torneiras sem pedal, utilizar papel toalha descartável para abri-las • Todo o processo deve durar de 40 a 60 segundos 		
Referências:	<p>ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Como higienizar as mãos com água e sabão. 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/como-fazer-a-friccao-antisseptica-das-maos-com-preparacao-alcoolica>. Acesso em: 21 jan. 2018.</p> <p>WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual de referência técnica de higienização das mãos. Anvisa, 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos>. Acesso em: 10 mar. 2017.</p>		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 2	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Procedimento que tem como objetivo eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a saúde do profissional • Eliminar sujidades, substâncias tóxicas e medicamentos • Evitar disseminação de doenças • Diminuir o número de microrganismos • Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente • Evitar a contaminação do sítio cirúrgico e de medicamentos durante procedimento que necessita de barreira estéril 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Água • Sabão com antisséptico ou escovas impregnadas já com o antisséptico • Compressa estéril • Lixeira com acionamento no pé • Lavatório apropriado 		
Responsável pela prescrição:	Enfermeiro e/ou Controle de Infecção Hospitalar		
Responsável pela execução:	Todos os profissionais que entram em contato com o paciente e seus pertences durante procedimentos invasivos		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir a torneira, molhar as mãos, os antebraços e também os cotovelos • Recolher com as mãos em concha o antisséptico e espalhar nas mãos, no antebraço e no cotovelo (no caso de escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes) • Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, sob água corrente • Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço, por no mínimo 3 a 5 minutos. Manter sempre as mãos acima dos cotovelos • Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto • Fechar a torneira com cotovelo, joelho ou pés (no caso de torneiras que possuam fotossensor) • Enxugar as mãos com compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha para regiões distintas 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar a técnica, retirar anéis, pulseiras e relógio • Respeitar a duração dos procedimentos • Em torneiras sem pedal, utilizar papel toalha descartável para poder abri-las • Todo o processo deve durar conforme instruções do fabricante do produto antisséptico (em média de 3 a 5 minutos) 		
Referências:	<p>ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Técnica de antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool. 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/como-fazer-a-friccao-antisseptica-das-maos-com-preparacao-alcoolica>. Acesso em: 10 mar. 2017.</p> <p>WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual de referência técnica de higienização das mãos. Anvisa, 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-referencia-tecnica-para-a-higiene-das-maos>. Acesso em: 10 mar. 2017.</p>		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 3	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Verificação de sinais vitais		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A verificação de sinais vitais é um dos procedimentos mais realizados pela enfermagem todos os dias. As alterações das funções corporais geralmente se refletem na temperatura corporal, na pulsação, na respiração e na pressão arterial, podendo indicar alguma enfermidade. Por essa razão, esses sinais são chamados vitais. A avaliação dos sinais vitais instrumentaliza a equipe de saúde na tomada de decisão sobre intervenções. É um método eficiente de monitoramento sobre condições de saúde dos pacientes.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Permitir ao enfermeiro a identificação de diagnósticos de enfermagem, implementar as prescrições planejadas e avaliar o sucesso quando os sinais vitais retornarem aos valores normais • Oferecer uma assistência de qualidade ao usuário 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Esfigmomanômetro e estetoscópio • Termômetro • Copo descartável • Relógio com ponteiros de segundos • Caneta • Recipiente com bolas de algodão • Álcool 70% • Formulário para registro • Luvas de procedimento 			
Responsável pela prescrição: Enfermeiro e/ou médico			
Responsável pela execução: Equipe de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos com água e sabão • Higienizar a bandeja com sabão, água e álcool 70% • Higienizar o material com algodão e álcool 70% • Levar a bandeja até o leito do paciente • Apresentar-se para o paciente e explicar o que será realizado • Manter o paciente sentado, com o braço em que será verificada a pressão arterial no mesmo nível do coração, pernas descruzadas. Evitar roupas que garroteiem o membro e manter-se em silêncio no momento da verificação • Colocar o termômetro na axila do paciente por 5 minutos e pedir que ele pressione o braço contra o peito • Colocar o manguito com manômetro (conforme tamanho adequado à circunferência do membro) no outro braço do paciente a uma distância de 2 a 3 cm acima da fossa cubital • Apalpar o pulso bradial e posicionar o estetoscópio em cima dessa pulsação • Apalpar o pulso radial novamente e insuflar o manguito até que você não sinta mais essa pulsação; nesse momento você insuflará mais 20 a 30 mmHg • Em seguida proceder à deflação do manômetro de maneira lenta, para realizar a leitura da pressão arterial • Registrar o valor da pressão arterial • Verificar a frequência cardíaca no membro contrário da verificação da pressão arterial. Colocar os dedos indicador e médio na artéria radial durante 1 minuto e registrar • Diminuir a compressão dos dedos da artéria radial, porém não retirá-los do local; contar cada expansão respiratória durante 1 minuto e registrar • Avaliar a intensidade da dor conforme escalas e registrar no prontuário (quando implantado) • Registrar saturação caso o paciente possua aparelho de oximetria • Retirar o termômetro do paciente e registrar • Recolher todo o material, levá-lo até o posto de enfermagem, higienizá-lo com algodão e álcool 70% • Lavar as mãos com água e sabão • Fazer o registro dos dados no prontuário do paciente 			

Cuidados especiais:

- Certificar-se da identidade do paciente
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável (sentado ou deitado)
- Evitar o uso do polegar na verificação de frequência cardíaca, para não confundir com as próprias pulsações
- Desinfetar as olivas e o diafragma do estetoscópio antes e após a verificação dos sinais vitais
- Antes da verificação dos sinais vitais o paciente precisa estar em repouso por um período mínimo de 30 minutos
- Não deixar cruzados as pernas e os braços do paciente. Para a realização da técnica, silêncio por parte do paciente, do profissional e também no ambiente é primordial
- Se houver dúvida na verificação do valor da pressão arterial, deve-se trocar o membro de verificação
- Não aferir pressão arterial em membros com queimaduras, fístulas arteriovenosas, mastectomia ou nos quais foi realizado cateterismo cardíaco
- Pacientes com isolamento de contato devem possuir materiais individuais para a verificação dos sinais vitais

Referências:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. 7.^a diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 4	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Banho no leito		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Procedimentos técnicos que objetivam realizar a higiene corporal e oral de pacientes acamados ou impossibilitados de se locomover, momentânea ou permanentemente.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a higiene corporal, oral e do couro cabeludo no paciente • Promover movimentação no leito • Proporcionar conforto e dignidade ao paciente • Evitar úlceras por pressão • Estimular a circulação 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Carrinho de banho ou mesa de cabeceira • Biombos • Bacia • Jarro com água aquecida • Sabão líquido ou sabonete (preferencialmente neutro) • Compressas limpas • Luvas de procedimento • Espátulas com gaze para higiene oral • Enxaguante bucal • Fralda descartável • Comadre ou papagaio • Camisola ou pijama (institucional) • Lençóis • Toalha • Fita microporosa e pinças para curativos, se necessário • Barbeador descartável, quando o banho for realizado em homens 		
Responsável pela prescrição:	Enfermeiro		
Responsável pela execução:	Enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Separar o material necessário no carrinho de banho de forma organizada • Explicar ao paciente o procedimento • Preparar o ambiente: posicionar biombo e <i>hamper</i> • Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento • Utilizar avental e máscara, se necessário • Abaixar as grades da cama • Desprender a roupa de cama, retirar cobertor e travesseiro. Deixar o leito protegido com o lençol • Fazer higiene oral e nasal do paciente e higiene do couro cabeludo, se necessário • Abaixar a cabeceira da cama, caso seja possível • Lavar os olhos do paciente do ângulo interno para o externo • Lavar, enxaguar e secar o rosto, orelhas e pescoço • Retirar a camisola ou camisa do paciente, mantendo o tórax protegido pelo lençol • Lavar, enxaguar e secar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois fazer o mesmo no lado mais próximo. Com movimentos circulares proporcionar ativação da circulação, observando as condições da pele • Deixar a região genital coberta com o lençol • Lavar, enxaguar e secar as pernas e as coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois fazer o mesmo no lado mais próximo • Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nas interdigitais, observando as condições dos pés, e secá-los bem 		

- Trocar a água da bacia e a luva de procedimento
- Colocar a comadre no paciente
- Fazer higiene íntima
- Retirar a comadre e colocá-la ao lado da cama
- Posicionar o paciente em decúbito lateral com as costas voltadas para você, lavar, enxaguar e secar as costas, região glútea e sacra, observando as condições da pele e possíveis áreas com hiperemias
- Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio da cama
- Higienizar a metade exposta do colchão com álcool 70% e compressa em um único sentido
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa limpa
- Proceder à arrumação do leito com o paciente em decúbito lateral
- Virar o paciente sobre o lado pronto da cama
- Retirar a roupa suja e desprezá-la no *hamper*
- Higienizar a outra metade exposta do colchão com álcool 70% e compressa em um único sentido
- Finalizar a arrumação do leito
- Vestir o paciente
- Pentear os cabelos do paciente
- Utilizar travesseiros ou rolos acolchoados para deixar o paciente no decúbito mais confortável
- Retirar os materiais utilizados, levando-os para o expurgo
- Recompor a unidade do paciente
- Retirar luvas, avental e máscara
- Anotar no prontuário as anormalidades detectadas

Cuidados especiais:

- Caso o paciente se encontre em isolamento, manter precaução padrão e destino adequado ao material utilizado
- Caso haja material fecal, realizar a retirada com lenço umedecido/compressa/gaze não estéril antes de iniciar a higiene íntima
- Limpar as nádegas e o ânus de frente para trás, lavando e enxaguando com água e sabão.
- Trocar a luva de procedimento, para reduzir a transmissão de microrganismos do ânus para a uretra ou genitália feminina (caso o paciente apresente fimose ou para a fimose não forçar a retração do prepúcio)
- Avaliar a necessidade do uso de cremes para prevenção ou tratamento de assaduras
- Atentar para a higiene diária dos pacientes em uso de dispositivo para incontinência urinária, para trocá-lo
- Elevar as grades do leito após o término do banho de leito
- Quando houver curativos, a troca deve ser realizada após o término do banho de leito
- Tricotomia de barbas ou bigodes ou cortes de cabelo devem ter a autorização do paciente ou familiares. A autorização deve ser registrada no prontuário
- Banho pré-operatório deve ser realizado com clorexidina degermante 2%

Referência:

WHITE, L.; DUNCAN, G.; BAUMLE, W. **Fundamentos de enfermagem básica**. Tradução da 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 5

REVISÃO N.º: 1

DATA:
20/12/2017

DENOMINAÇÃO: Punção venosa periférica

ELABORAÇÃO: Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017

DISCIPLINA: Fundamentos Práticos do Cuidar

ORIENTADOR: Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

É um procedimento que se caracteriza pela colocação de um dispositivo no interior do vaso venoso, podendo ou não ser fixado à pele, e requer cuidados e controle periódico, em caso de sua permanência.

Objetivos:

- Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculadas por outras vias
- Administrar medicamento ou droga quando se quer ação imediata
- Administrar medicamento ou droga quando se deseja ação contínua e controle rigoroso da dose e/ou volume infundido
- Infundir grandes quantidades de líquido
- Restaurar ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico

Materiais a serem utilizados:

- Bandeja
- Dispositivo intravenoso, compatível com o acesso venoso do paciente
- Garrote
- Gaze ou bolas de algodão
- Luva de procedimento, máscara cirúrgica e óculos de proteção
- Álcool 70%
- Adesivo para fixação do cateter (indica-se em ordem preferencial o curativo transparente semipermeável estéril, micropore e esparadrapo)
- Tesoura
- Polifix, preferencialmente de duas vias
- Seringa de 10 ml
- 1 agulha 40x12
- 1 flaconete de soro fisiológico 0,9%

Responsável pela prescrição:

Enfermeiro

Responsável pela execução:

Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem

Descrição técnica:

- Ler a prescrição médica
- Higienizar as mãos com água e sabão
- Separar o material necessário
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%
- Preencher o polifix com soro fisiológico e manter acoplada seringa com a solução
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante
- Checar a identificação do paciente
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal de modo confortável, com a área de punção exposta e sobre um protetor impermeável (preferencialmente)
- Inspeccionar e palpar a rede venosa. Dar preferência às veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas. Priorizar a porção distal em sentido ascendente. Pode ser necessário garrotear o membro para facilitar a visualização da rede venosa. O garroteamento pode impedir o retorno venoso, mas não deve ocluir o fluxo arterial. É importante controlar o tempo de garroteamento e, quando necessário, soltar o garroteamento temporariamente
- Colocar os equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica e óculos de proteção
- Calçar as luvas de procedimento
- Abrir a embalagem do cateter de forma estéril, deixando-o protegido
- Garrotear o local para melhor visualização da veia, 4 a 6 polegadas (10 a 15 cm) acima do local de inserção proposto
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido proximal para distal

- Realizar punção com o cateter escolhido, sempre com o bisel voltado para cima, e introduzir a agulha no ângulo de 30 a 45°
- Ao visualizar o refluxo sanguíneo, estabilize o cateter com uma mão e solte o garroteamento com a outra mão. Aplicar uma leve pressão com o dedo não dominante 3 cm acima do local de inserção
- Retirar o guia do dispositivo
- Acoplar o polifix preenchido com solução fisiológica 0,9% conjugado à seringa ao cateter
- Testar o fluxo do acesso venoso, injetando solução fisiológica a 0,9%. Quando observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir novo procedimento, com outro dispositivo
- Salinizar o acesso com solução fisiológica 0,9% e fechar o polifix. Caso não seja indicado, conectar a hidratação venosa
- Realizar fixação adequada com adesivo disponível
- Identificar a punção: data, tipo/n.º do dispositivo, hora do procedimento, nome e registro do profissional
- Recolher o material, descartando os perfurantes em recipiente adequado. Deixar o ambiente em ordem
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Higienizar as mãos com água e sabão
- Realizar as anotações do procedimento, assinando e carimbando o relato

Cuidados especiais:

- Para escolha da veia, devem-se levar em consideração as condições das veias, o tipo de solução a ser infundida e o tempo de infusão. Preferir veias calibrosas na administração de drogas irritantes ou muito viscosas, a fim de diminuir trauma do vaso e facilitar o fluxo. Se possível, escolher o membro superior não dominante, para que o paciente possa movimentá-lo mais livremente
- Não puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesões
- Não puncionar o membro com fístula arteriovenosa ou mastectomizado
- Para facilitar o aparecimento de uma veia, pode-se fazer, no membro escolhido, compressa ou colocar bolsa de água morna minutos antes da punção
- Na retirada do cateter venoso, pressionar o local da punção com uma bola de algodão por 1 minuto ou até parar o sangramento e aplicar um curativo adesivo no local da punção
- Após a segunda tentativa sem sucesso de punção venosa, recomenda-se solicitar a outro profissional a realização do procedimento
- Fazer o rodízio das punções a cada 72 h, no máximo, mesmo que a veia pareça íntegra (em crianças a duração de um acesso venoso é maior; avaliar diariamente)
- Caso se constate flebite ou infiltração/extravasamento, retirar o cateter venoso
- Pode-se proteger a área do garroteamento com gaze ou tecido fino (ex. manga da camisola), para proteção de pele frágil em pacientes pediátricos e idosos ou com excesso de pelos
- Quando utilizada cobertura não impermeável, durante o banho deve-se proteger com plástico o sítio de inserção do cateter
- Investigar a presença de alergia a látex ou fita adesiva microporosa
- O uso do cateter com agulha de aço deve ser limitado à administração de dose única e coleta de amostra de sangue para análise clínica. Quando se utiliza cateter com agulha de aço, não é necessário o uso de polifix
- Em pacientes neonatais e pediátricos os cateteres não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração)
- Durante a escolha da veia, não fazer uso de fricção vigorosa ou de múltiplas “batidinhas” para dilatar a veia. Isso pode causar hematoma e/ou constrição venosa, especialmente em idosos

Referências:

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea**. Brasília, 2010.

ARCGER, Elizabeth *et al.* **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

IBSP – INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Cateteres periféricos: novas recomendações da Anvisa garantem segurança na assistência**. 2017. Disponível em: <<https://www.segurancaadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/cateteres-perifericos-novas-recomendacoes-da-anvisa-garntem-seguranca-na-assistencia/>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.1	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via oral		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É a administração de medicamentos, de várias apresentações, desde que indicados pela cavidade oral.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar comodidade ao paciente • Minimizar a tendência de ocorrer reações alérgicas • Retardar absorção da droga (média de 30 a 60 minutos) 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Copo descartável • Fita-crepe • Caneta • Álcool 70% • Compressa não estéril • Luva de procedimento 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação, evitando tocar as mãos no medicamento. Manter a medicação no invólucro próprio ou usar gaze estéril para auxiliar no acondicionamento (no caso da medicação sólida) • Identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Em caso de líquido, agitar o frasco e colocar a dose prescrita em copo descartável com auxílio do copo graduado • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente • Calçar luvas de procedimento • Informar ao paciente ou responsável a medicação que será administrada, assim como sua função • Ajudar o paciente a sentar, elevando a cabeça dele no caso de impossibilidade de sentar-se, ou auxiliá-lo a ficar em posição confortável • Oferecer a medicação • Oferecer água para facilitar a deglutição • Certificar-se de que o medicamento foi deglutido • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 		

Cuidados especiais:

- Para os medicamentos que precisam ser manipulados (aspirados ou macerados), como xaropes e comprimidos, o profissional deve colocar equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica e luva de procedimento) antes da manipulação
- Caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações do Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Os comprimidos e cápsulas devem ser oferecidos um de cada vez
- Comprimidos com revestimento entérico não devem ser mastigados, cortados, diluídos ou macerados, para não ocorrer inativação da substância ativada pelo suco gástrico
- Comprimidos de liberação retardada não devem ser triturados, pois perdem suas características de liberação, havendo risco de toxicidade e inadequado nível sérico do fármaco
- Comprimidos efervescentes devem ser dissolvidos em água, para evitar efeitos irritativos sobre a mucosa gástrica. Administrar somente após efervescência
- A forma líquida é ideal para administrar medicamentos por sonda
- Os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-lo (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros)
- No caso de lactente ou criança, elevar a cabeça ou segurá-lo no colo antes de administrar a medicação, a menos que esse procedimento seja contraindicado

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.2	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via oftálmica ou ocular		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Dilatar ou contrair as pupilas • Acelerar a cicatrização • Combater infecções • Lubrificar os olhos 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Álcool 70% • Compressa não estéril • Luva de procedimento 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente • Calçar luvas de procedimento • Informar ao paciente ou responsável a medicação que será administrada, assim como sua função • Ajudar o paciente a sentar, elevando a cabeça dele no caso de impossibilidade de sentar-se, ou auxiliá-lo a ficar em posição confortável • Afastar a pálpebra inferior com o auxílio de gaze, apoiando a mão na face do paciente. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival • Orientar o paciente a fechar a pálpebra • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 			
Cuidados especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Os medicamentos não devem ser aplicados na córnea • Não encostar o conta-gotas ou o tubo da pomada no olho do paciente 			
Referências: BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica . 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem . 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009. TORRIANI, M. S. <i>et al.</i> Medicamentos de A a Z – 2016 2018 . 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.3	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via otológica ou auricular		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região auricular.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o paciente para exames auriculares • Administrar medicação prescrita em pacientes em tratamento de patologias otológicas, para diminuir o cerúmen, aliviar a dor e anestésiar 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Compressa não estéril ou gaze • Luva de procedimento • Álcool 70% 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente • Calçar luvas de procedimento • Informar ao paciente ou responsável a medicação que será administrada, assim como sua função • Posicionar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça lateralizada • Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás • Observar presença de secreção; se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze • Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar no paciente) • Pedir ao paciente para permanecer com a cabeça lateralizada por 3 minutos e supervisionar • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Quando prescrito, manter uma bola de algodão no canal auricular. 		
Referências:	BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica . 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem . 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009. TORRIANI, M. S. <i>et al.</i> Medicamentos de A a Z – 2016 2018 . 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.4	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via nasal		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É o ato de preparar e instilar um medicamento líquido na mucosa ou orifício nasal.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas das vias respiratórias superiores, ou para serem absorvidos sistemicamente • Aliviar a congestão nasal e drenar secreções • Umidificar a mucosa nasal 		
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Compressa não estéril ou gaze • Luva de procedimento • Álcool 70% 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta. <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente • Calçar luvas de procedimento • Informar ao paciente ou responsável a medicação que será administrada, assim como sua função • Posicionar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada para trás • Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar no paciente) • Fornecer gaze ou compressa ao paciente ou responsável para limpeza da via aérea, quando necessário • Pedir ao paciente para permanecer com a cabeça para trás por 3 minutos e supervisionar • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 			
Cuidados especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente a não assoar o nariz imediatamente após a instilação da medicação, apesar do desconforto que ela pode vir a causar 			
Referências: <p>BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.</p> <p>TORRIANI, M. S. <i>et al.</i> Medicamentos de A a Z – 2016 2018. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.</p>			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.5	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação via sublingual (SL)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Na administração sublingual, o medicamento é absorvido por meio da mucosa sob a língua do paciente. Sua absorção é rápida e alcança efeitos medicamentosos máximos em poucos minutos.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Absorver medicamentos pela mucosa oral de forma mais rápida em comparação com a via oral 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> Bandeja Medicação prescrita Fita-crepe Caneta Compressa não estéril ou gaze Luva de procedimento Álcool 70% 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos Higienizar a bandeja Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente Calçar luvas de procedimento Informar a medicação que será administrada, assim como sua função Colocar a medicação embaixo da língua Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado Higienizar a bandeja com água e sabão Lavar as mãos Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> Certificar-se de quais medicamentos podem ser administrados por via sublingual (apresentação própria) Verificar o nível de consciência do paciente, a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sublingual deve ser revista pelo médico Em medicações com ação anti-hipertensiva, verificar a pressão arterial a cada 30 minutos por 2 horas em média Orientar o paciente a não ingerir nenhum tipo de alimento ou água por alguns minutos 		
Referências:	<p>BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>CARMAGNANI, M. I. S. <i>et al.</i> Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>DA SILVA, M. T.; DA SILVA, S. R. L. P. T. Manual de procedimentos para estágio em enfermagem. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2010.</p> <p>TORRIANI, M. S. <i>et al.</i> Medicamentos de A a Z – 2016 2018. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.</p>		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.6	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via subcutânea (SC)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos práticos do cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É a administração de medicação por via subcutânea.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Promover ação contínua do medicamento, por sua absorção lenta 		
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> Bandeja Medicação prescrita Fita-crepe Caneta Luva de procedimento Álcool 70% Algodão Copo descartável Seringa descartável de 1 ml, com ou sem agulha Agulha descartável 40x12, para aspiração da medicação Agulha descartável 13x4,5, para administração da medicação 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> Ler a prescrição OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.			
<ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos Higienizar a bandeja Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe Aspirar o medicamento utilizando uma agulha de 25x7 ou 40x12 e seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior Trocar a agulha por outra de 13x4,5 Colocar a etiqueta de identificação do medicamento Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar Explicar ao paciente o procedimento e a ação da medicação Escolher o local adequado e posicionar o paciente Calçar as luvas de procedimento Posicionar o paciente e expor somente a área da aplicação Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades Desencapar a agulha Com a mão não dominante, fazer uma dobra cutânea adiposa (em casos de obesidade, afastar a pele com os dedos indicador e polegar) Informar o momento da punção Com a mão dominante, introduzir a agulha de maneira rápida e suave com um ângulo de 45º a 90º (considerar o tamanho da agulha e a quantidade de tecido subcutâneo) Liberar a pele do paciente Tracionar o êmbolo da seringa para verificar se houve a punção acidental de um vaso sanguíneo (exceto heparina) Injetar a medicação suavemente 			

- Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único. Com uma bola de algodão seco, empregar pouca pressão no local da aplicação
- Verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou reação alérgica
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado
- Descartar a agulha em local para material perfurocortante (não reencapar a agulha)
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração

Cuidados especiais:

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

Recomendações – heparina:

- Não fazer a aspiração
- Não desfazer a prega durante a administração
- Não friccionar o local da aplicação, apenas comprimir
- Se houver sangramento no local da punção, aplicar compressão mais longa
- Aplicar em 10 segundos e aguardar mais 10 segundos antes de retirar a agulha

Recomendações – insulina:

- Não realizar a assepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%
- O algodão deve estar seco

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D.S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.7	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intradérmica (ID)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É a administração de medicação por via intradérmica (derme).		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a vacina BCG-ID • Realizar prova de hipersensibilidade, como o teste tuberculínico (PPD) • Testar alérgenos diversos • Aplicar vacinas • Anestesiá localmente 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • Algodão • Copo descartável • Seringa descartável de 1 ml, com ou sem agulha • Agulha descartável 40x12, para aspiração da medicação • Agulha descartável 13x4,5, para administração da medicação 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Desinfetar o frasco ou ampola com algodão embebido em álcool 70% antes de puncioná-lo (frasco) ou quebrá-la (ampola) • Aspirar o medicamento utilizando uma agulha de 25x7 ou 40x12 e seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior • Trocar a agulha por outra de 13x4,5 • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar ao paciente o procedimento e a ação da medicação • Escolher o local adequado e posicionar o paciente • Calçar as luvas de procedimento • Posicionar o paciente e expor somente a área da aplicação • Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades • Desencapar a agulha • Esticar a pele do local da aplicação com os dedos indicador e polegar da mão não dominante • Inserir a agulha com a mão dominante (somente o bisel, voltado para cima) na pele, num ângulo de 15º 		

- Injetar a medicação suavemente
- Introduzir suavemente o medicamento até observar a formação de uma pápula
- Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único
- Não friccionar o local da pápula, apenas colocar um algodão seco sobre a área, sem pressionar
- Orientar o paciente a não coçar nem esfregar o local
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado
- Descartar a agulha em local para perfurocortante (não reencapar a agulha)
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração

Cuidados especiais:

- Não pressionar nem massagear a pápula formada pela aplicação
- Se não houver formação de pápula, realizar nova aplicação
- O volume máximo a ser aplicado é de 0,5 ml
- No caso de teste para alérgenos, utilizar espaço de 5 cm entre as aplicações
- O local para a administração deve ser livre de pelos e cicatrizes, sem manchas, sem rede venosa visível e de fácil acesso para leitura dos resultados
- A aplicação pode ocasionar reações de hipersensibilidade (choque anafilático), dependendo do tipo de teste a ser realizado
- Com uma caneta fazer uma marca circular ao redor do local da aplicação
- Orientar o paciente a não apagar a marca de identificação, não cobrir com curativos, não coçar nem arranhar
- Os locais mais utilizados são: parte ventral do antebraço e ventral superior do tórax; parte superior das costas; parte superior dorsal dos braços

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.8	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intramuscular (IM)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Introdução de fármacos no ventre muscular, preferencialmente em músculos grandes, a fim de obter ação terapêutica mais rápida do que pela via subcutânea, porém mais lenta do que pela via endovenosa. A melhor absorção deve-se à maior vascularização do tecido muscular.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos de forma rápida • Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • Algodão • Copo descartável • Seringa descartável de 3 ml ou 5 ml, com ou sem agulha • Agulha descartável 40x12, para aspiração e diluição da medicação • Agulha descartável 25x7 ou 30x8, para administração da medicação (depende do tamanho do tecido muscular) 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Desinfetar o frasco ou ampola com algodão embebido em álcool 70%, antes de puncioná-lo (frasco) ou quebrá-la (ampola) • Aspirar o medicamento utilizando uma agulha de 40x12 e seringa de 3 ml ou 5 ml, sem deixar ar no interior • Trocar a agulha por outra (25x7 ou 30x8) • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar ao paciente o procedimento e a ação da medicação • Escolher o local adequado e posicionar o paciente • Calçar as luvas de procedimento • Posicionar o paciente e expor somente a área da aplicação • Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades • Desencapar a agulha 		

- Delimitar o local de aplicação:
 - deltoide: cerca de quatro dedos abaixo do acrômio, imaginar o ápice de um triângulo invertido. A agulha deve ser inserida no centro do triângulo
 - vasto lateral: dividir a coxa em três partes e aplicar no centro da parte intermédia lateralmente
 - região dorsoglútea (glúteo máximo): dividir a nádega em quatro quadrantes com a linha horizontal partindo do início da fenda interglútea. Aplicar no centro do quadrante superior externo
 - região ventroglútea (glúteo médio): com o dedo indicador da mão oposta ao lado de aplicação no paciente, localizar a parte superior da crista íliaca. Deslizar o dedo médio, formando uma região triangular. Aplicar no centro dessa área
- Esticar a pele do local da aplicação com os dedos indicador e polegar da mão não dominante
- Inserir a agulha em um ângulo de 90° em relação ao músculo e com o bisel lateralizado
- Tracionar suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo
- Injetar a medicação suavemente
- Retirar a agulha e a seringa com um movimento rápido e único
- Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia
- Verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou reação alérgica
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado
- Descartar a agulha em local para perfurocortante (não reencapar a agulha)
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração

Cuidados especiais:

- Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local
- Não administrar injeções IM em locais inflamados, edemaciados, com manchas, cicatrizes ou qualquer tipo de lesão
- Vacinas nunca podem ser administradas no glúteo, pois têm sua absorção retardada e a titulação dos anticorpos afetada
- Para aplicar com a agulha ideal, devem-se levar em consideração: o grupo etário, a condição física do paciente, a solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatas)
- Em crianças o músculo escolhido dependerá do seu peso e do tipo de medicação, a saber:
 - para crianças menores de 3 anos a região indicada é a vastolateral da coxa ou com maior massa muscular e com poucos nervos e vasos sanguíneos
 - para crianças maiores de 3 anos a região indicada é a glútea
 - para adolescentes se indica a região deltoideana, exceto para os adolescentes com pequeno desenvolvimento muscular

Atenção para o volume de medicação em ml em adultos:

- Região dorsoglútea (até 5 ml)
- Região ventroglútea (até 5 ml)
- Deltoide (até 2 ml)
- Vastolateral da coxa (até 5 ml)

Obs.: Crianças, idosos e indivíduos magros suportam apenas 2 ml em injeção intramuscular

Referências:

- BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
- TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.9	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intravenosa ou endovenosa (IV ou EV)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A via endovenosa ou intravenosa permite administrar medicamentos diretamente na corrente sanguínea, através de um acesso venoso superficial ou profundo. É utilizada quando há necessidade de concentrações sanguíneas elevadas e efeitos imediatos do medicamento, por meio de uma única dose ou infusão contínua.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos de forma rápida • Fornecer volume ao paciente 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • Algodão • Copo descartável • Seringa descartável com ou sem agulha • Agulha descartável 40x12, para aspiração e diluição da medicação • Agulha descartável 25x7 ou 30x8, para administração da medicação 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta. <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Desinfetar o frasco ou ampola com algodão embebido em álcool 70% antes de puncioná-lo (frasco) ou quebrá-la (ampola). Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e, após, fazer a desinfecção • Aspirar o medicamento utilizando uma agulha de 40x12 e seringa (utilizar um diluente quando necessário), sem deixar ar no interior • Trocar a agulha por outra (25x7) • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar ao paciente ou responsável o procedimento e a ação da medicação • Escolher o local adequado e posicionar o paciente • Calçar as luvas de procedimento • Posicionar o paciente e expor somente a área da aplicação • Fechar a válvula de controle do fluxo para outros medicamentos/soluções, se necessário • Fazer a antisepsia do local de aplicação com algodão embebido em álcool 70% • Puncionar o adaptador de silicone ou equipo com a agulha. No caso de torneira de 3 vias, conectar a seringa sem a agulha 			

- Lavar com soro fisiológico 0,9%, se necessário, o acesso venoso, verificando sua permeabilidade
- Empurrar o êmbolo da seringa injetando a solução
- Abrir a válvula de controle de fluxo e ajustar gotejamento, se for a ocasião
- Desencapar a agulha
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado
- Descartar a agulha em local para material perfurocortante (não reencapar a agulha)
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração

Cuidados especiais:

- Caso estejam sendo administradas outras medicações no acesso venoso, verificar a compatibilidade do medicamento a ser ministrado com a solução que está sendo infundida
- Uma vez que os medicamentos intravenosos entram na corrente sanguínea, imediatamente após a administração a sua ação é rápida e/ou imediata. Em caso de qualquer dúvida quanto à dose no tempo referido de administração, consultar um farmacêutico previamente à aplicação
- A homogeneização deve ser perfeita: a medicação deve ser cristalina, não oleosa e não conter flocos em suspensão

Referências:

- BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
- TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.10	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via vaginal		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Esta via é utilizada para a aplicação de fármacos geralmente para fins tópicos; não é muito usada para ação sistêmica. A vagina é uma região altamente vascularizada, além de ter forte irrigação linfática. As principais apresentações para a via vaginal são os óvulos, comprimidos, cápsulas de gelatina mole, irrigações e injeções.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar para o pré-operatório do órgão reprodutor • Administrar contraceptivos • Tratar e/ou prevenir processos inflamatórios, infecções e micoses • Fazer reposição hormonal 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • Copo descartável • Aplicador ou espécuro • Comadre • Material para higiene íntima • Absorvente higiênico ou fralda 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar à paciente ou responsável o procedimento e a ação da medicação • Calçar as luvas de procedimento • Para preservar a intimidade da paciente, fechar a porta do quarto ou isolar o ambiente com um biombo • Solicitar à paciente que urine, de modo a esvaziar a bexiga • Pedir à paciente que faça a higiene íntima. Se ela estiver impossibilitada, realizar a higiene íntima da paciente • Colocar a paciente em posição ginecológica • Introduzir o aplicador, ou outra forma de apresentação do medicamento (óvulo ou supositório), na vagina da paciente • Retirar o aplicador e solicitar à paciente que permaneça deitada por 15 minutos • Fornecer ou colocar um absorvente higiênico, se necessário • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 		

Cuidados especiais:

- Se a paciente estiver possibilitada, solicitar para que ela mesma realize a aplicação, estimulando o autocuidado
- Não reutilizar os aplicadores; eles são descartáveis e de uso único

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.11	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via retal		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: Trata-se de uma via desconfortável na maioria dos casos, porém ela é extremamente útil em muitos quadros clínicos. A região retal possui poucas áreas de absorção, em virtude da falta das vilosidades intestinais, fazendo com que a absorção seja mais lenta, porém algumas das principais veias retais (inferior e média) desembocam na veia cava inferior por intermédio da veia hipogástrica, ocasionando assim a liberação do fármaco na circulação sistêmica.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Solucionar estado constipativo pelo estímulo da peristalse e evacuação • Deixar o fármaco parcialmente livre do metabolismo de primeira passagem, no fígado, pois a droga entra em vasos que a levam diretamente à veia cava inferior. Apesar dessa vantagem, ainda há metabolização hepática de cerca de 50% da droga • Administrar medicamentos em pacientes inconscientes, nauseados ou com disfagia • Administrar soluções específicas para diagnósticos 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • Lidocaína geleia 2%; aplicador • Comadre ou fralda • Lençóis e compressas 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta. <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar ao paciente ou responsável o procedimento e a ação da medicação • Calçar as luvas de procedimento • Para preservar a intimidade do paciente, fechar a porta do quarto ou isolar o ambiente com um biombo • Realizar higiene íntima, se necessário • Forrar a cama com o lençol móvel, se necessário • Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior direito em flexão e o membro inferior esquerdo estendido ou levemente flexionado) • Administrar o medicamento conforme descrito a seguir Para administração de supositório: <ul style="list-style-type: none"> • Remover o supositório da embalagem • Oferecer luvas e o supositório envolvido em uma gaze para que o próprio paciente o administre, caso sua condição permita 			

- Orientar o paciente a inspirar profundamente várias vezes pela boca
- Afastar a prega interglútea e, com o supositório envolvido em gaze, introduzi-lo delicadamente usando o dedo indicador da mão dominante, aproximadamente de 5 a 7 cm, direcionando-o para o umbigo

Obs.: Evitar cortar o supositório. Se for necessário cortá-lo para obter a dose prescrita, fazer no sentido longitudinal. Em pediatria, introduzir delicadamente o ápice do supositório (extremidade pontiaguda) ultrapassando o esfíncter interno do ânus. Em lactente ou em criança pequena, o supositório é introduzido com o dedo mínimo. Pode-se usar o dedo indicador em crianças maiores

- Solicitar que o paciente contraia as nádegas, retendo o supositório por cerca de 5 minutos

Obs.: Em caso de criança, manter as nádegas aproximadas até ela relaxar ou desaparecer a urgência de fazer força. Se a criança defecar em 30 minutos, deve-se verificar se há supositório nas fezes. Se a criança tiver dificuldade em reter o supositório, introduzir primeiro a base ou a extremidade maior

Para aplicação de pomada:

- Em caso de pomada, o medicamento deve ser de uso individual, portanto deve ser identificado com o nome do paciente

Aplicação externa:

- Usar uma espátula e espalhar o medicamento sobre a região anal

Aplicação interna:

- Preencher o aplicador com a pomada prescrita
- Colocar lubrificante (lidocaína geleia 2%) em uma gaze e lubrificar a ponta do aplicador
- Afastar a prega interglútea e introduzir delicadamente o aplicador 5 a 7 cm, direcionando-o para o umbigo
- Aplicar lentamente o medicamento
- Remover o aplicador e colocar uma gaze dobrada entre as nádegas do paciente para absorver o excesso de pomada

Obs.: Caso o paciente seja lactente, paraplégico, tetraplégico, idoso ou comatoso, pressionar as nádegas, fechando o ânus por alguns minutos para evitar o retorno do medicamento

- Desacoplar o aplicador do tubo e descartá-lo em lixo apropriado
- Solicitar que o paciente permaneça na posição por algum tempo, para que a medicação penetre

Para aplicação de clister ou Fleet Enema:

- Calçar luvas de procedimento
- Antes de usar, retirar a capa protetora da cânula retal. Com o frasco para cima, segurar com os dedos a tampa sulcada. Com a outra mão segurar a capa protetora, retirando-a suavemente
- Orientar o paciente a inspirar profundamente várias vezes pela boca
- Afastar a prega interglútea
- Inserir suavemente a cânula no reto, como se a ponta fosse em direção ao umbigo
- Comprimir o frasco até ser expelido quase todo o líquido
- Retirar a cânula do reto

Obs.: Não é necessário esvaziar completamente o frasco, porque ele contém quantidade de líquido superior à necessária para uso eficaz. Após a compressão, uma pequena quantidade ficará no frasco

- Manter a posição, até sentir forte vontade de evacuar (geralmente 2 a 5 minutos)
- Fornecer ou colocar um absorvente higiênico ou fralda, se necessário
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado
- Higienizar a bandeja com água e sabão
- Lavar as mãos
- Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração

Cuidados especiais:

- Não administrar o medicamento em pacientes com inflamação local, nos casos de arritmias cardíacas ou que sofreram infarto do miocárdio
- É contraindicado em paciente pós-cirurgia recente no reto, cólon ou próstata
- Não administrar o medicamento em pacientes com dor abdominal não diagnosticada. Nos quadros de apendicite, a peristalse causada pela administração retal pode provocar o rompimento do apêndice
- Em lactente ou em criança pequena, o supositório é introduzido com o dedo mínimo

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.12	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via gástrica (sonda enteral ou gástrica)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	É a administração de fármacos por meio de sondas gástricas ou enterais.		
Objetivos:	Fornecer uma via para administração de medicamentos em pacientes que se encontram incapazes de cooperar e engolir sob comando.		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Medicação prescrita • Fita-crepe • Caneta • Luva de procedimento • Álcool 70% • 2 seringas compatíveis com o volume a ser administrado (10 ml ou 20 ml – sem rosca) • Estetoscópio • Gaze ou compressa não esterilizada • Copo descartável de 50 ml com água filtrada 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição <p>OBS.: ATENTAR AO CUMPRIMENTO DOS NOVE CERTOS: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo da administração; orientação correta; forma correta; resposta correta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Higienizar a bandeja • Separar a medicação e identificar a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito em fita-crepe • Diluir a medicação no copo com água mineral ou filtrada e aspirar na seringa de 10 ml ou 20 ml • Colocar a etiqueta de identificação do medicamento • Levar a bandeja para o quarto do paciente e colocá-la na mesa auxiliar • Explicar ao paciente ou responsável o procedimento e a ação da medicação • Calçar as luvas de procedimento • Elevar o decúbito do paciente a 45° • Fazer o teste de ausculta gástrica: acoplar a seringa com ar na ponta livre da sonda, posicionar o estetoscópio na região epigástrica do paciente e injetar de forma rápida o ar. Se a ausculta estiver positiva e não houver retorno gástrico excessivo, administrar a medicação conforme as seguintes instruções: • Retirar a seringa de ar e aspirar a medicação do copo descartável e acoplá-la na ponta livre da sonda, injetando o conteúdo • Após a administração da medicação, lavar a sonda com 40 ml de água filtrada ou mineral e, após, fechar a sonda • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado • Higienizar a bandeja com água e sabão • Lavar as mãos • Checar a medicação prescrita em ficha única, logo após sua administração 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas situações requerem trituração de medicação para administração via sonda. Nesse caso a homogeneização da solução deve ser perfeita, sem partículas presentes • Sempre lavar a sonda ao administrar mais de um medicamento 		

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TORRIANI, M. S. *et al.* **Medicamentos de A a Z – 2016 | 2018**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 7	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Hemoglicoteste ou glicemia capilar (HGT)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>É a coleta de sangue de capilares sanguíneos, geralmente do dedo, através da perfuração cutânea por uma lanceta. A dosagem de glicose é verificada em aparelhos próprios para esse fim.</p>		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a glicemia periférica em jejum, por profissionais de saúde ou pelo autoteste, para o controle do diabetes 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Agulha de insulina ou 25x70 • Lanceta • Copo • Algodão seco • Glicosímetro • Luvas de procedimento • Fitas para o glicosímetro • Papel • Caneta • Bandeja • Material perfurocortante 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Médico, enfermeiro e/ou técnico de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos • Higienizar a bandeja com álcool 70% • Calçar as luvas • Montar a bandeja com o material necessário • Encaixar a fita no glicosímetro • Passar o algodão seco no dedo a ser perfurado • Furar a polpa digital (área externa, para diminuir a dor) com a agulha escolhida ou lanceta • Verificar a formação da gota de sangue • Encostar a parte indicada da fita para absorção do sangue na gota formada no dedo do paciente • Pressionar a perfuração com o algodão seco • Verificar o valor indicado no glicosímetro • Anotar o valor no papel • Descartar adequadamente os materiais utilizados 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar cuidado para não se perfurar • O exame não fornece diagnóstico, não informar diagnóstico algum ao paciente • Questionar o paciente se está realmente em jejum ou se utilizou alguma medicação antes do teste • Outro local possível de realizar o teste é o lóbulo da orelha 		
Referência:	<p>CRUZ FILHO, R. A. <i>et al.</i> O papel da glicemia capilar de jejum no diagnóstico precoce do diabetes mellitus: correlação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 255-259, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2017.</p>		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 8	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Realização e remoção de curativos		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>É um meio terapêutico utilizado para limpeza, proteção e tratamento de lesões. Consiste no cuidado dispensado a uma região do corpo com presença de uma ruptura da integridade de um tecido corpóreo, promovendo a cicatrização e prevenindo a contaminação ou infecção.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger uma lesão contra traumas mecânicos • Limpar a lesão • Remover corpos estranhos, tecidos desvitalizados • Reduzir edemas e odor • Proporcionar hemostasia • Tratar uma ferida • Manter a umidade necessária à recuperação dos tecidos • Manter um ambiente com menor contaminação • Prover temperatura adequada para o processo de cicatrização 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Soro fisiológico aquecido • Pacote estéril de gaze • Pacote estéril para curativo • Tesoura • Fita adesiva hipoalergênica • Bandeja • Caneta • Régua de papel • Saco de lixo • Luvas de procedimento, avental descartável, máscara e óculos • Agulha 40x12, preferencialmente • Álcool • Algodão • Bacia para curativo de membros inferiores • Atadura, quando indicado • Copo descartável • Biombo 		
Responsável pela prescrição:	Enfermeiro e/ou médico		
Responsável pela execução:	Técnico de enfermagem, enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos • Higienizar a bandeja com álcool 70% • Aquecer levemente o soro fisiológico até 40°C aproximadamente, utilizando micro-ondas ou câmara provida de lâmpada • Higienizar o bico injetor com álcool • Inserir a agulha no bico injetor do soro e mantê-la fechada • Levar a bandeja pronta até o leito do paciente • Apresentar-se para o paciente e acompanhante e explicar o que será realizado • Se necessário, medicar o paciente para dor antes do início do curativo (conforme prescrição médica) • Proporcionar, com biombos, privacidade ao paciente • Se houver necessidade e condições de registro fotográfico, solicitar ao paciente ou acompanhante a autorização (registrar no prontuário com o nome da pessoa que autorizou) 		

- Calçar as luvas de procedimento
- Proteger os lençóis da cama com saco plástico, toalhas ou outro lençol
- Abrir o pacote de curativo de modo a não contaminar seu interior
- Com uma das pontas do papel, pegar uma das pinças
- Com a pinça em mãos, arrumar o restante das pinças e tesouras presentes com os cabos voltados para fora
- Retirar o curativo anterior umedecendo-o com soro fisiológico, para evitar traumas na pele (retirar das bordas para o centro da lesão)
- Confeccionar uma torunda com o auxílio de duas pinças
- Molhar a torunda com soro, fazendo sair um jato pela agulha
- Limpar a ferida ou lesão do local menos contaminado para o mais contaminado, em movimentos unilaterais e utilizando quantas torundas forem necessárias
- Fotografar e mensurar a lesão
- Descartar as torundas contaminadas no saco de lixo
- Se necessário, abrir o pacote extra de gaze, atentando para não contaminar seu conteúdo
- Se a lesão for cavitária, preenchê-la com o material mais adequado disponível na instituição
- Cobrir a região afetada com gaze, sem deixar nenhuma borda desprotegida
- Fixar a gaze com fita adesiva hipoalergênica
- Identificar o curativo com o nome do responsável pela confecção, o horário e a data
- Descartar os materiais devidamente
- Higienizar a bandeja
- Organizar o quarto/leito
- Realizar registro completo da lesão, da realização do curativo e do material utilizado

Cuidados especiais:

- Na ausência de materiais especiais para preenchimento de lesão cavitária, preenchê-la com gaze estéril
- Observar os tecidos presentes para determinar se a limpeza será iniciada no leito da ferida ou nas bordas
- Observar se há necessidade de debridamento químico ou físico
- Atentar para a necessidade de medicar o paciente para a realização do curativo
- Não realizar a fricção diretamente no leito da lesão
- Contraindica-se trocar o curativo inúmeras vezes
- Se o paciente molhar o curativo no banho, trocá-lo imediatamente

Referência:

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 9	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Eletrocardiograma (ECG)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>O eletrocardiograma (ECG) é o registro gráfico da atividade elétrica do coração, realizado em aparelho chamado eletrocardiógrafo. Tal exame é útil no diagnóstico das arritmias, das sobrecargas das câmaras cardíacas e das lesões isquêmicas do miocárdio. Em outras condições, como nos processos inflamatórios e distúrbios eletrolíticos, esse exame é também de grande valia.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o ritmo cardíaco • Avaliar a condução do estímulo através do sistema de condução do coração e das suas cavidades • Avaliar a integridade ou anormalidades do sistema de condução • Detectar eventuais sobrecargas das cavidades cardíacas e zonas correspondentes à ausência de atividade elétrica 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Maca • Gel condutor para eletrocardiograma • Álcool 70% • Algodão • Eletrocardiógrafo • Água e sabão • Luva de procedimento • Eletrodos ou pipetas • Tricotomizador ou aparelho descartável de barbear (se necessário) • Papel e caneta • Papel toalha ou compressa não estéril 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar ao paciente que retire ou levante sua blusa caso seja solta, para a colocação dos eletrodos ou peras. Caso haja uso de sutiã, observar se há partes metálicas na sua estrutura; se houver, solicitar sua retirada • Posicionar as quatro pás nos membros superiores e inferiores, com uma pequena quantidade de gel na parte metálica, que deve ser colocada medialmente. Cores identificam o posicionamento das pás: vermelha no membro superior direito (MSD), amarela no membro superior esquerdo (MSE), preta no membro inferior direito (MID) e verde no membro inferior esquerdo (MIE) • Posicionar os eletrodos ou peras no tórax do paciente. Com eletrodos, não há necessidade de uso de gel condutor; com peras, colocar sob sua inserção uma gota de gel • O posicionamento deve ser realizado da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ V1 deve ser posicionado no quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno ✓ V2 deve ser colocado no quarto espaço intercostal, à esquerda do esterno ✓ V3 deve ser posicionado entre V2 e V4 ✓ V4 deve ser posicionado no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular ✓ V5 na linha axilar anterior, no mesmo nível que V4 ✓ Por último, V6 deve ser colocado na linha axilar média, ao mesmo nível que V4 e V5 • Ligar o eletrocardiógrafo e aguardar a visualização do eletrocardiograma sem interferências • Imprimir o traçado • Identificar na impressão: nome do paciente, sexo, idade, peso, altura, data, horário de realização do exame (caso não haja impressão dessas informações) 		

- Retirar as pás e eletrodos/peras
- Retirar o excesso de gel da pele do paciente
- Orientar o paciente a vestir-se
- Higienizar as pás e eletrodos/peras com álcool 70%

Cuidados especiais:

- Atentar para a correta localização anatômica na colocação dos eletrodos ou peras
- Questionar o paciente se possui marca-passo, próteses e/ou cardiopatias prévias que possam influir no exame
- Solicitar ao paciente que retire todos os objetos de metal e aparelhos eletrônicos que possui no momento
- Ao realizador do exame: não permanecer com aparelho celular no bolso

Referências:

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Eletrocardiograma em repouso**. Disponível em: <<https://www.einstein.br/especialidades/cardiologia/exames-tratamento/eletrocardiograma-em-repouso>>. Acesso em: 10 maio 2017.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 10	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Gasometria arterial		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Coleta de sangue obtida mediante punção arterial direta para conhecimento do grau de desequilíbrio respiratório ou metabólico que o paciente apresenta.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as pressões parciais dos gases respiratórios, a fim de verificar o PH sanguíneo e a capacidade respiratória do indivíduo 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • 2 copos • Água e sabão • Algodão embebido em álcool 70% • Algodão seco • Luva de procedimento • Bandeja • Heparina • Seringa de 3 ml • 2 agulhas 13x40, preferencialmente • Óculos • Máscara • Fita adesiva hipoalergênica • Caneta 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Técnico de enfermagem, enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos • Lavar a bandeja com água e sabão e higienizar a bandeja com álcool 70% • Separar os materiais necessários • Higienizar a ampola de heparina com álcool 70% • Aspirar a heparina apenas a fim de cobrir a superfície interna com a substância • Trocar a agulha da seringa • Cortar um pedaço de fita adesiva hipoalergênica • Paramentar-se • Levar a bandeja até o leito do paciente • Apresentar-se ao paciente ou responsável e explicar o que será realizado • Deixar o paciente confortável (deitado) • Palpar a artéria escolhida (radial, braquial ou femoral) • Fazer a assepsia do local com álcool 70% • Posicionar a agulha num ângulo de 35° a 45°, com o bisel para cima (radial e braquial), e a 90°, quando for a femoral • Introduzir a agulha observando o retorno do fluxo sanguíneo, que deve ser de coloração vermelho vivo • Remover a agulha posicionando algodão seco no local da punção • Proteger o local da punção com algodão e fita • Pressionar a região por cerca de 5 minutos • Identificar a seringa com nome do paciente, leito, data e hora • Descartar o material conforme preconizado pela instituição 		

Cuidados especiais:

- Respeitar a angulação para introduzir a agulha
- Não introduzir a agulha por completo, evitando o risco de transfixar a artéria e ocasionar hematoma e dor local
- Sempre observar a coloração da amostra obtida
- Em caso de punção venosa por engano, descartar o material e reiniciar o procedimento
- Caso surja hematoma, realizar o registro no prontuário
- A artéria braquial pode ser puncionada por enfermeiros
- A artéria radial pode ser puncionada por técnicos de enfermagem
- O médico realiza a punção das artérias radial, braquial e femoral

Referência:

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 11	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Oxigenoterapia		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Administração de oxigênio a uma pressão maior que a encontrada no ar ambiente, para aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer aporte do oxigênio 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> Fluxômetro Copo umidificador Dispositivo de fornecimento de oxigênio conforme avaliação da necessidade do paciente Água e sabão Algodão embebido em álcool 70% Luva de procedimento Água destilada Bandeja Etiqueta para identificação Caneta 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Técnico de enfermagem, enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos Lavar a bandeja com água e sabão e higienizar a bandeja com álcool 70% Separar os materiais necessários Limpar com algodão e álcool o local de abertura do frasco de água destilada Colocar a data no umidificador Levar o material até o quarto do paciente Apresentar-se ao paciente ou responsável e explicar o que será realizado Unir o fluxômetro à rede de oxigênio na cabeceira do leito Colocar 1/3 de água destilada no umidificador e acoplar o látex Deixar o paciente confortável (preferencialmente na posição de Fowler ou semi-Fowler) Adaptar o dispositivo de aporte de oxigênio no paciente e ao látex, que deverá ser ligado ao umidificador Administrar o fluxo de oxigênio conforme necessidade e indicação do dispositivo Realizar registro no prontuário 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> Observar durante a administração de oxigênio inquietação, diminuição de nível de consciência, palidez, taquicardia, taquipneia Preferencialmente durante a administração da terapia o paciente deve estar com oximetria O oxigênio, ao ser administrado, sempre deve ser umidificado A troca do umidificador deve ser realizada a cada 24 h 		
Referências:	CARMAGNANI, M. I. S. <i>et al.</i> Procedimentos de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. PRADO, M. L. <i>et al.</i> Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013.		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 12	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Nebulização		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>A nebulização consiste numa forma de tratar afecções pulmonares por meio de substâncias especiais associadas a O₂ ou ar comprimido.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos • Umedecer as vias aéreas, para tratar ou evitar desidratação das mucosas • Fluidificar o sistema respiratório superior e inferior, para facilitar a remoção de secreções • Administrar mucolíticos, para obter atenuação ou resolução de espasmos • Administrar corticoesteroides com ação anti-inflamatória e antiexsudativa • Administrar agentes antiespumantes nos casos de edema agudo de pulmão 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Kit de nebulização • Soro fisiológico 0,9% • Luva de procedimento • Fonte de O₂ • Ar comprimido • Medicação prescrita • Bandeja • Algodão e álcool 70% • Fluxômetro • Etiqueta de identificação. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Técnico de enfermagem, enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica • Conferir os nove itens: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos aos profissionais e riscos ao paciente • Higienizar as mãos • Higienizar a bandeja com álcool 70% • Colocar na bandeja o material a ser utilizado • Fazer a etiqueta de identificação do medicamento, seguindo os itens de segurança do paciente • Levar o material até a unidade do paciente • Realizar a higienização das mãos • Explicar ao paciente ou responsável o procedimento • Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento • Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica • Conferir a solução preparada com a prescrição médica • Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito • Conectar o inalador à fonte de O₂ ou ao ar comprimido • Abrir a válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min • Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma • Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical • Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente • Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente • Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair • Desconectar a extensão do inalador 		

- Deixar o paciente em posição confortável
- Recolher o material utilizado
- Deixar a unidade do paciente em ordem
- Realizar a higienização das mãos
- Checar o aprazamento na prescrição médica
- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico ou auxiliar de enfermagem)
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado (enfermeiro)

Cuidados especiais:

- Certificar-se de que a montagem do *kit* de nebulizador ficou estável
- Interromper a medicação se ocorrerem reações ao medicamento e comunicar imediatamente ao médico responsável
- Trocar o *kit* de nebulização a cada uso, enviando-o para a sala de utilidades e posteriormente ao Centro de Material Esterilizado (CME)
- O *kit* de nebulização é de uso individual
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do paciente a aerossolterapia, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa

Referência:

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 13	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Minilavado broncoalveolar (mini ball)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Consiste na coleta de secreção brônquica para exames diagnósticos de afecções do trato respiratório.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Coletar secreção de vias aéreas baixas para diagnóstico 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Frasco de coleta do exame (bronquinho) • Látex • Rede de gases (vácuo) • Frasco de coleta de secreção • Seringa de 20 ml • Soro fisiológico • Agulha 40x12 • Luva de procedimento • Luva estéril • Máscara descartável cirúrgica simples • Óculos de proteção • Sonda de aspiração (n. 12, 14 ou 16) • Caneta • Fita adesiva • Bandeja • Álcool 70% • Compressa não estéril 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro e/ou fisioterapeuta		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica • Higienizar as mãos • Higienizar a bandeja com álcool 70% • Separar na bandeja o material a ser utilizado • Fazer a etiqueta de identificação para o frasco de coleta (nome do paciente, leito, data, horário, secreção coletada) • Levar o material até a unidade do paciente • Confirmar a identificação do paciente • Realizar a higienização das mãos • Explicar ao paciente e/ou responsável o procedimento • Manter, com biombos, a privacidade do paciente • Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito • Montar a parede de aspiração (vacuômetro, frasco de aspiração, látex) • Calçar luvas de procedimento, óculos e máscara • Abrir cuidadosamente o bronquinho, evitando sua contaminação, e conectar o látex do vacuômetro a uma das extremidades desse frasco. Manter esse sistema dentro da própria embalagem e próximo do paciente • Montar a seringa de 20 ml com a agulha 40x12 • Fazer a assepsia com álcool 70% e algodão do local de inserção da agulha no frasco de soro fisiológico • Aspirar na seringa 20 ml de soro fisiológico • Abrir cuidadosamente a sonda de aspiração, de modo a exteriorizar apenas a ponta proximal, e acoplar a seringa com soro fisiológico a essa extremidade • Calçar a luva estéril na mão dominante 		

- Com a outra mão, ligar a aspiração e puxar a embalagem da sonda, para que a mão dominante estéril pegue nesse dispositivo
- Introduzir a sonda no tubo orotraqueal ou traqueostomia até apresentar reflexo de tosse
- Instilar os 20 ml de soro fisiológico
- Retirar a seringa, conectar a sonda na outra extremidade do bronquinho e realizar a aspiração da secreção
- Após o término da aspiração, desconectar a sonda do bronquinho e fechar o dispositivo com o seu próprio látex da embalagem
- Identificar o frasco e mandar para análise laboratorial
- Deixar o paciente em posição confortável
- Recolher o material utilizado
- Deixar a unidade do paciente em ordem
- Realizar a higienização das mãos
- Checar o aprazamento na prescrição médica
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado

Cuidados especiais:

- Após a instilação de soro fisiológico na via área, a aspiração deve ser imediata
- Durante e após o procedimento, manter o paciente com oximetria de pulso

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle de tuberculose**. Brasília, 2011.

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Procedimento operacional padrão**. Procedimento de coleta de material para cultura. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/PROCEDIMENTO+DE+COLETA+DE+MATERIAL+PARA+CULTURA.pdf/96a17a54-fbdb-4820-9c8d-7db3d33fb595>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 14	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Aspiração de secreção de vias aéreas		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Técnica realizada para retirar secreções das vias aéreas alta e baixa, a fim de promover a permeabilidade do trato respiratório e adequada troca gasosa.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene brônquica, proporcionando conforto ventilatório ao paciente • Garantir diminuição de riscos de infecções do trato respiratório • Promover a troca gasosa 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja retangular • Luva estéril • Luva de procedimento • Gaze estéril • Gaze não estéril • Álcool 70% • 2 cateteres de aspiração, de acordo com o tamanho do tubo orotraqueal (TOT), da traqueostomia (TQT) ou via aérea superior • Soro fisiológico 0,9% • Equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica, óculos de proteção • Biombo • Papel toalha • Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede • Frasco de vidro de aspiração • Látex • Válvula redutora de pressão para rede de vácuo • Copo descartável com água • Oximetria de pulso 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou fisioterapeuta		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição do paciente • Realizar higienização das mãos com água e sabão • Separar uma bandeja para o procedimento • Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% • Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70% • Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja • Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira • Apresentar-se ao paciente e/ou responsável • Checar os dados de identificação na pulseira do paciente • Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento • Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário • Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento (cabeceira da cama 30º a 45º) • Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70% • Calçar as luvas de procedimento • Colocar papel toalha na região do tórax, para proteger da secreção • Colocar equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica descartável e óculos de proteção • Interromper a infusão de dieta enteral, caso o paciente esteja recebendo • Realizar desinfecção externa da ampola com algodão e álcool 70% 		

- Abrir a ampola de soro fisiológico 0,9%.
- Colocar a ampola em local adequado e próximo do procedimento
- Expor a ponta distal da sonda para fora da sua embalagem e acoplar o látex que está ligado no vácuo à sonda
- Ligar o vácuo da parede
- Calçar a luva estéril na mão dominante
- Com a outra mão não estéril puxar a embalagem da sonda, para que a mão dominante estéril pegue nesse dispositivo
- Realizar aspiração na seguinte ordem: tubo orotraqueal ou traqueostomia, via aérea superior bilateral e via oral
- Introduzir a sonda clampeada no tubo orotraqueal, traqueostomia ou via aérea superior até apresentar reflexo de tosse
- Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Esse procedimento de entrada e retirada da sonda deve durar no máximo 10 segundos
- Se forem necessárias aspirações adicionais, propiciar um tempo adequado (no mínimo 1 minuto completo) entre as aspirações para oxigenação, encorajando o paciente a tossir e respirar profundamente
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente
- Proceder à aspiração da nasofaringe e em seguida da orofaringe com a mesma sonda
- Ao término das aspirações, lavar a sonda e a extensão do aspirador com água até limpar (no copo com água)
- Desconectar a sonda da extensão do aspirador. Enrolar a sonda em torno dos dedos da mão dominante, puxar a luva para fora, pelo lado de dentro, de modo que a sonda permaneça dentro da luva
- Retirar a outra luva da mesma forma. Desprezá-las no recipiente apropriado e desligar o vácuo
- Deixar o paciente confortável
- Manter a organização da unidade do paciente
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados
- Realizar higienização das mãos com água e sabão
- Realizar as anotações necessárias

Cuidados especiais:

- Não deixar o paciente deitado ou com dieta durante a aspiração, para evitar a broncoaspiração
- Lavar o frasco coletor de secreção e desprezar a secreção em local apropriado
- Anotar as características das secreções
- Avaliar e atentar para desconforto respiratório e dores apresentados pelo paciente, tomando as medidas de controle antes de dar sequência ao procedimento

Referências:

ALVES, J. C. D. *et al.* **Procedimento operacional padrão:** aspiração traqueal. São Paulo, 2013-2015.
 CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 15

REVISÃO N.º: 1

DATA:
20/12/2017

DENOMINAÇÃO:	Aplicação de máscara laríngea
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten
Conceito:	Dispositivo utilizado para realização da ventilação no paciente. Em casos de entubações difíceis, opta-se por essa técnica para promover ventilação momentânea e temporária.
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none">• Promover a troca gasosa
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none">• Bandeja retangular• Luva de procedimento• Álcool 70%• Equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica, óculos de proteção• Biombo• Papel toalha• Oximetria de pulso• Lubrificante à base de água• Ambu• Máscara laríngea conforme peso do paciente• Seringa de 20 ml• Cadarço• Fluxômetro• Rede de gases com oxigênio ou torpedão de oxigênio• Látex• Copo umidificador• Água destilada
Responsável pela prescrição:	Médico
Responsável pela execução:	Enfermeiro, médico e/ou fisioterapeuta
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none">• Higienizar as mãos com água, sabão e álcool gel• Reunir o material em uma bandeja• Conferir o paciente e o procedimento a ser realizado• Montar a parede com fluxômetro, copo umidificador com 1/3 de água destilada, látex (rede de gases)• Testar o ambu, ligando-o ao oxigênio, e observar se a câmara reservatória insufla• Testar a máscara laríngea, conectando a seringa ao seu <i>cuff</i>, e insuflar ar. Se não houver perda de ar na máscara, ela está adequada ao uso• Manter lisa, sem rugas, com a injeção de ar a estrutura da máscara onde o ar fica• Posicionar o paciente em decúbito ventral• Colocar o equipamento de proteção individual (EPI) recomendado (luvas, máscara e óculos)• Com as duas mãos, hiperestender a cabeça do paciente, para abrir a via aérea• Lubrificar a parte posterior da máscara• Pegar a máscara como se fosse segurar um lápis, utilizando a mão dominante, com a parte de dentro para frente• Com a mão não dominante, pinçar a língua do paciente e, com a outra mão, segurar a máscara laríngea e introduzi-la até a orofaringe do paciente até observar resistência (acoplado, dessa maneira, na hipofaringe)• Depois de colocar a máscara, insuflar o <i>cuff</i> com um número determinado de ml de ar• Conectar o ambu à parte distal da máscara e ventilar o paciente• Deixar o paciente confortável• Retirar as luvas e descartá-las junto com os materiais descartáveis em saco plástico para resíduos infectantes• Higienizar as mãos• Fazer evolução do procedimento no prontuário do paciente

Cuidados especiais:

- Sempre segurar a língua do paciente quando for introduzir a máscara
- Não utilizar a máscara em pacientes acordados, que não estejam com o nível de consciência baixo e em pacientes obesos mórbidos, por conta do tamanho do pescoço
- Não utilizar em queimaduras de vias aéreas
- Não utilizar em pacientes que fizeram uma refeição volumosa

Referências:

CARVALHO, W. B. de; GURGUEIRA, G. L. **Utilização da máscara laríngea:** uma prática atual em pediatria? Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100013>. Acesso em: 8 ago. 2017.

TOBASE, L.; TOMAZINI, E. A. S. **Urgências e emergências em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 16	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Sondagem entérica e gástrica		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A sonda nasogástrica é um tubo de polivinil que, quando prescrito, deve ser tecnicamente introduzido desde as narinas até o estômago. Já a sonda nasoentérica serve de via de acesso ao duodeno ou ao jejuno do paciente, as porções terminais do intestino delgado.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Drenar líquidos intragástricos • Fornecer alimentação • Administrar medicação 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Estetoscópio • Máscara • Biombo • Óculos • Luvas de procedimento • Seringa de 20 ml • Copo com água filtrada • Micropore • Tesoura • Sonda • Cloridrato de lidocaína • Bandeja • Gaze 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos • Higienizar uma bandeja com álcool 70% • Separar os materiais necessários • Preparar a fixação da sonda com micropore: um retângulo, um pedaço em forma de “i” maiúsculo e uma pequena tira para marcação do comprimento da sonda • Datar a fixação • Aproximar-se do leito do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento • Manter privacidade mediante uso de biombos, se necessário • Elevar a cabeceira de 30° a 45° e calçar as luvas • Abrir a embalagem da sonda e realizar a medicação de acordo com a finalidade da colocação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nasogástrica: fazer a medição da sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, manúbrio do esterno e chegando ao processo xifoide ✓ Nasoentérica: fazer a medicação da sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, manúbrio do esterno e chegando ao processo xifoide. Por fim somar o comprimento de quatro dedos • Realizar a marcação do comprimento adequado com a tira de micropore • Passar lubrificante geleia na narina escolhida para a inserção • Passar lubrificante geleia na gaze e nela embeber a ponta da sonda até cerca de 5 centímetros de seu comprimento • Iniciar a sondagem passando a sonda pela narina. Se não houver grande incômodo, parar na altura da orofaringe • Nessa altura solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição; ao mesmo tempo terminar de inserir a sonda até o comprimento indicado • Realizar a fixação da sonda no nariz do paciente: o retângulo vai no dorso nasal e o “i” maiúsculo fixará a sonda ao nariz • Retirar o mandril, enrolando-o na mão. Mantê-lo guardado para possível reutilização 			

- Testar o posicionamento da sonda:
 - ✓ Inserir 20 ml de ar com uma seringa e auscultar na região de posicionamento da sonda
 - ✓ Aspirar conteúdo gástrico
 - ✓ Inserir a ponta da sonda num copo com água e observar se há formação de bolhas, o que indica posição pulmonar
 - ✓ Solicitar raio X após 4 horas
- Posicionar o paciente de forma confortável
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem
- Desprezar os resíduos
- Retirar a luva de procedimento
- Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades, onde a bandeja deverá ser lavada com água e sabão, secada com papel toalha e higienizada com álcool 70%
- Realizar a higienização das mãos
- Checar o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com a rubrica de quem instalou
- Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências

Cuidados especiais:

- A passagem de sonda pode ser realizada por via orogástrica ou oroentérica
- Se em presença de tubo orotraqueal, não fixar a sonda no tubo
- Lembrar de retirar o mandril
- Caso a sonda saia de sua posição ideal, não reintroduzi-la, passar nova sonda
- Em caso de entupimento, passar água morna com uma seringa de 20 ml
- Apenas a sonda Levine, que é radiopaca, necessita de raio X de localização
- Cianose, tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente)
- Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta ou suja
- Se a sonda for perdida em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago, a sonda não pode ser repassada sem conhecimento e autorização do médico
- Da equipe de enfermagem somente o enfermeiro pode instalar a sonda nasogástrica
- O procedimento em pacientes entubados acoplados a ventilação mecânica é o mesmo
- Evitar lesões orais, nasais, esofágicas e gástricas realizando o procedimento com a sonda do tamanho ideal ao paciente específico
- Na presença de prótese dentária, retirá-la no momento da passagem da sonda, se o paciente permitir, entregando-a a ele e/ou ao responsável, e reposicioná-la após o procedimento

Referências:

- CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- WHITE, L.; DUNCAN, G.; BAUMLE, W. **Fundamentos de enfermagem básica**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 17	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Cuidados com bolsa de colostomia		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Consiste na troca de bolsas dos pacientes portadores de estomas intestinais: ileostomia ou colostomia. O estoma é uma intervenção cirúrgica com desvio do conteúdo fecal para o meio externo através da parede abdominal.</p>		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir lesão de pele e promover higiene e conforto ao estomizado 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja • Carro de curativo • Biombo • Saco de lixo branco • Luvas de procedimento • Máscara descartável • Gaze • Soro fisiológico • Cuba rim • Escala de medição de estoma • Tesoura • Bolsa coletora de fezes • Presilha para fechamento de bolsa coletora 		
Responsável pela prescrição:	Médico e/ou enfermeiro		
Responsável pela execução:	Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos • Reunir o material na bandeja, colocá-la no carro de curativos e levá-lo ao quarto do paciente • Confirmar e explicar ao paciente e/ou responsável o procedimento a ser realizado • Promover a privacidade do paciente mediante uso de biombo e/ou fechando a porta do quarto • Higienizar as mãos • Posicionar o paciente em decúbito dorsal • Colocar a máscara e calçar as luvas de procedimento • Se houver fezes, esvaziar a bolsa em comadre • Remover a bolsa anterior, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Amparar a pele com gaze umedecida com água morna e descolar suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo • Descartar o material em lixeira de saco branco • Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele • Secar toda a área da pele ao redor do estoma • Aparar os pelos em pele próxima ao estoma utilizando tesoura ou tricotomizador, se necessário • Medir o estoma com escala de medição de estoma, régua ou fazer um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno • Desenhar o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva • Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde • Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver • Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderir à pele 		

- Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver, e fazer leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele
- Fechar com a presilha a extremidade que contém a abertura da bolsa coletora, fazendo uma dobra nesse local
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara
- Deixar o paciente confortável
- Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhar o material permanente e os resíduos para o expurgo, descartando-os adequadamente
- Lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e aplicar álcool 70%
- Higienizar as mãos
- Checar a prescrição de enfermagem e anotar, no espaço de anotação de enfermagem na prescrição de enfermagem, o procedimento realizado, registrando o aspecto do estoma, da pele ao redor e do efluente drenado

Cuidados especiais:

- Falha na identificação do paciente e do procedimento
- Para evitar lesões na pele, utilizar creme barreira quando disponível
- Infecção
- Alergia (ao material da bolsa)

Referência:

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 18

REVISÃO N.º: 1

DATA:
20/12/2017

DENOMINAÇÃO:	Exame ginecológico
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

Exame para detecção de patologias relacionadas ao corpo da mulher e para prevenção de doenças e agravos.

Objetivo:

- Padronizar exame ginecológico realizado durante a consulta de enfermagem, para diagnóstico e prevenção de doenças relacionadas ao organismo feminino

Materiais a serem utilizados:

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Lâmina de vidro
- Gaze
- Iodopovidona (PVPI)
- Cuba rim
- Pinça Cheron
- Compressa
- Fixador
- Lápis
- Espéculo
- Espátula de Ayre
- Escova cervical
- Cloridrato de lidocaína
- Biombos
- Avental ginecológico

Responsável pela prescrição:

Enfermeiro e/ou médico

Responsável pela execução:

Enfermeiro e/ou médico

Descrição técnica:

- Lavar as mãos
- Higienizar bandeja
- Separar material a ser utilizado
- Apresentar o procedimento à paciente
- Promover privacidade da paciente mediante uso de biombos, se necessário
- Realizar consulta, com coleta da história clínica e exame físico da paciente
- Pedir para a paciente tirar a roupa e vestir o avental com a abertura voltada para frente
- Posicionar a paciente na maca ginecológica
- Realizar inspeção das mamas:
 - ✓ Com a paciente sentada, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a paciente realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente
 - ✓ Observar a cor do tecido mamário; quaisquer erupções cutâneas incomuns ou descamação; assimetria; evidência de *peau d'orange* ("pele em casca de laranja"); proeminência venosa; massas visíveis; retrações; pequenas depressões, alterações na aréola (tamanho, forma e simetria); alterações na orientação dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam), achatamento ou inversão; evidência de secreção mamilar ou crostas em torno do mamilo
- Realizar a palpação das mamas:
 - ✓ Com as pontas dos dedos, apalpar região cervical próximo às artérias carótidas, à fossa supraclavicular, às glândulas mamárias e à artéria axilar
 - ✓ Repetir apalpação com os dedos, realizando movimento de pressão em todas as regiões
 - ✓ Realizar essa etapa com a paciente sentada e depois deitada

- Realizar ordenha na paciente:
 - ✓ Posicionar dedo indicador na parte superior da aréola e dedo médio na parte inferior
 - ✓ Realizar movimento de compressão e puxar lentamente a aréola para frente, para observar a presença de líquidos
- Solicitar que a paciente deite e posicione as pernas nas perneiras da maca ginecológica
- Calçar luva de procedimento, óculos de proteção e máscara cirúrgica
- Se necessário, utilizar uma compressa úmida para fazer a higiene
- Realizar toque vaginal:
 - ✓ Passar cloridrato de lidocaína na ponta dos dedos indicadores e médio da mão dominante
 - ✓ Introduzir os dois dedos na vagina em sentido vertical; após introduzir, girar na horizontal
 - ✓ Com a outra mão, pressionar a região suprapúbica da mulher para forçar o útero, para que este seja sentido no toque
 - ✓ Conferir se o colo do útero e a parede vaginal possuem alguma alteração
 - ✓ Trocar luva de procedimento
- Realizar exame especular:
 - ✓ Selecionar tamanho de espéculo adequado para a paciente
 - ✓ Se necessário, passar cloridrato de lidocaína na ponta do espéculo
 - ✓ Encostar o espéculo no clitóris e deslizar até a entrada da vagina
 - ✓ Introduzir o espéculo cuidadosamente na posição vertical até sentir resistência
 - ✓ Virar o espéculo para posição horizontal e abri-lo até visualizar o colo do útero
 - ✓ Posicionar o espéculo para visualização completa do colo
 - ✓ Observar aspectos do colo do útero e parede interna da vagina
- Realizar exame de Papanicolau:
 - ✓ Identificar lâmina de vidro com os dados da paciente na parte fosca
 - ✓ Colher material de ectocérvice com espátula de Ayres ponta bifurcada, girando 360°
 - ✓ Esfregar material coletado na lâmina
 - ✓ Colher material endocervical com escova cervical, girando 360°
 - ✓ Esfregar material coletado na lâmina ao lado da coleta de ectocérvice ou, se necessário, esfregar em outra lâmina identificada, rotacionando toda a escova cervical
 - ✓ Passar fixador sobre as lâminas e armazená-las em local apropriado, para mandar para análise laboratorial
- Caso sejam observadas alterações no colo uterino e parede vaginal, realizar teste de Schiller:
 - ✓ Com auxílio de uma pinça Cheron, pegar uma gaze imersa em uma cuba rim com PVPI
 - ✓ Passar a gaze por todo o colo uterino e observar regiões que não forem coloradas pela substância
- Rotacionar e fechar espéculo na posição vertical e retirá-lo cuidadosamente
- Limpar a paciente com auxílio da compressa úmida, se necessário
- Orientar a paciente a se vestir
- Juntar material para esterilização
- Descartar materiais em local adequado
- Retirar luva de procedimento, óculos e máscara
- Lavar as mãos
- Orientar a paciente em relação ao exame, à entrega do resultado e, se necessário, encaminhá-la para avaliação de um ginecologista

Cuidados especiais:

- A paciente não deve estar menstruada
- A paciente não deve manter relação sexual dois dias antes do exame
- Em caso de gravidez, os resultados de exames a serem realizados podem ter alterações

Referências:

HU-UFSC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Procedimento operacional padrão:** cuidados de enfermagem na coleta de exame preventivo do câncer de colo de útero (Papanicolau). Florianópolis, 2017.

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 19	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Cateterismo vesical de longa permanência ou sondagem vesical de demora (SVD)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: Consiste na passagem de um cateter de látex, poliuretano ou silicone, através da uretra até a bexiga com técnica estéril.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a presença de volume residual • Realizar coleta de amostra de urina para exames • Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório • Monitorizar débito urinário em pacientes inconscientes e/ou conforme o tratamento e a patologia • Determinação da urina residual ou com bexiga neurogênica que não possui um controle esfinteriano adequado • Proteger a pele em caso de lesões de difícil tratamento 			
Materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Luva estéril • Cateter vesical de látex, poliuretano ou silicone • Lubrificante estéril (cloridrato de lidocaina) • <i>Kit</i> estéril para sondagem vesical • Luvas de procedimento • Gaze estéril • Compressa de banho • Clorexidina aquosa ou iodopovidona aquosa (PVPI) • Ampola com água destilada (para cateterismo de longa permanência) • Sistema fechado para diurese (para cateterismo de longa permanência) • Seringas de 20 ml (2 unidades, quando no sexo masculino) • Biombo, se necessário • Bandeja e mesa auxiliar • Saco de lixo, para desprezar resíduos • Álcool 70% • Lençol extra • Fralda extra para paciente em uso 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro e/ou médico			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a higienização das mãos • Realizar antissepsia da bandeja com álcool 70% • Verificar na prescrição a sondagem indicada • Reunir todo o material necessário, arrumar na bandeja • Calçar as luvas de procedimento • Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiar, se for o caso • Colocar sob o paciente o lençol ou fralda 			
Descrição técnica: sexo feminino: <ul style="list-style-type: none"> • Flexionar e afastar os membros inferiores (MMII) • Afastar os pequenos e grandes lábios para auxiliar na higiene íntima ainda com a luva de procedimento • Abrir o pacote de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril para abrir os demais materiais, a fim de realizar o procedimento de maneira asséptica • Despejar clorexidina aquosa ou PVPI na cuba redonda do <i>kit</i> • Abrir a bisnaga de lubrificante estéril e colocar o conteúdo no campo estéril ou gaze estéril 			

- Abrir o cateter de sondagem específico e indicado e deixá-lo sobre o campo
- Abrir o pacote de gaze estéril e colocá-la sobre o campo, caso não haja gaze suficiente no *kit* de cateterismo
- Abrir a seringa de 20 ml (quando indicada ao uso)
- Abrir o sistema fechado de coleta de urina ou os frascos para a coleta de urina para exame (conforme técnica indicada)
- Abrir e despejar a água destilada dentro da cuba rim
- Explicar à paciente a posição ideal para a realização do procedimento. Caso a paciente não seja capaz de auxiliar, realizar o posicionamento antes da paramentação
- Paramentar-se (touca, máscara, avental, óculos)
- Calçar as luvas estéreis
- Sobre o campo estéril realizar o teste do balonete em sondas de poliuretano e silicone
- Aspirar a água destilada na seringa de 20 ml
- Preparar as torundas de gazes estéreis juntamente com a clorexidina
- Realizar a limpeza com clorexidina aquosa da região perineal (triângulo: limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento; após, limpar com um movimento único e firme os grandes lábios, do lado mais distante para o mais próximo, de cima para baixo, desprezando a gaze para cada movimento)
- Posicionar o campo fenestrado estéril sobre a paciente
- Separar os grandes e pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante, mantendo-os afastados durante todo o procedimento (essa mão não poderá ser ocupada para pegar mais o material estéril)
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa
- Lubrificar a sonda com o gel (cloridrato de lidocaína)
- Introduzir a sonda vesical de demora na uretra da paciente, posicionar a outra extremidade do dispositivo com o sistema fechado de coleta de urina sobre o campo fenestrado e insuflar o balonete, acoplando a seringa com 20 ml de água destilada ao injetor lateral da sonda
- Aguardar a drenagem da diurese
- Deixar a paciente confortável
- Recolher o material
- Deixar o ambiente em ordem
- Desprezar os materiais utilizados em locais apropriados
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em local apropriado
- Realizar higiene das mãos
- Realizar a limpeza da bandeja
- Checar o horário na prescrição e registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características e intercorrências

Descrição técnica: sexo masculino:

- Manter os MMII estendidos sobre o leito
- Expor a glândula, para auxiliar na higiene íntima
- Abrir o pacote de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril para abrir os demais materiais, a fim de realizar o procedimento de maneira asséptica
- Despejar clorexidina aquosa ou PVPI na cuba redonda do *kit*
- Abrir a bsnaga de lubrificante estéril e colocar o conteúdo dentro de uma seringa de 20 ml (solicitar o auxílio de alguém da equipe de enfermagem)
- Abrir o cateter de sondagem específico e indicado e deixá-lo sobre o campo
- Abrir o pacote de gaze estéril e colocá-la sobre o campo, caso não haja gaze suficiente no *kit* de cateterismo
- Abrir a outra seringa de 20 ml
- Abrir o sistema fechado de coleta de urina ou os frascos para a coleta de urina para exame (conforme técnica indicada)
- Aspirar a água destilada de dentro da cuba rim na seringa de 20 ml
- Explicar ao paciente a posição ideal para a realização do procedimento. Caso o paciente não seja capaz de auxiliar, realizar o posicionamento antes da paramentação
- Paramentar-se (touca, máscara, avental, óculos)
- Calçar as luvas estéreis
- Preparar as torundas de gazes estéreis juntamente com a clorexidina
- Fazer a assepsia com clorexidina aquosa na região perineal e peniana: limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicularmente ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento; limpar a bolsa escrotal e o corpo do pênis
- Posicionar o campo fenestrado estéril sobre o paciente
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa. Para isso é necessário manter o pênis perpendicular e tracionar o prepúcio

- Introduzir o cloridrato de lidocaína, aspirado previamente na seringa, na uretra do paciente
- Manter o pênis perpendicular com a mão não dominante
- Introduzir a sonda vesical de demora na uretra do paciente, posicionar a outra extremidade do dispositivo com o sistema fechado de coleta de urina sobre o campo fenestrado e insuflar o balonete, acoplado a seringa com 20 ml de água destilada ao injetor lateral da sonda
- Aguardar a drenagem da diurese
- Deixar o paciente confortável
- Recolher o material
- Deixar o ambiente em ordem
- Desprezar em locais apropriados os materiais utilizados
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em local apropriado
- Realizar higiene das mãos
- Realizar a limpeza da bandeja
- Checar o horário na prescrição e registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características e intercorrências

Cuidados especiais:

- Por se tratar de um procedimento invasivo, devem-se observar algumas regras para a diminuição do risco de infecção do trato urinário, tais como: a mão utilizada para entreabrir os pequenos e grandes lábios não deve voltar para o campo ou sonda
- Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical
- Fazer a limpeza completa duas vezes ao dia ao redor do meato uretral e/ou a cada troca de fralda
- Evitar desconectar o sistema de drenagem fechado
- Realizar troca da sonda na vigência de sinais inflamatórios, sangramento periuretral, contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra

Referências:

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 20	DATA: 20/12/2017
		REVISÃO N.º: 1	
DENOMINAÇÃO:	Cateterismo vesical de alívio ou sondagem vesical de alívio (SVA)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem 2017		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Consiste na passagem de um cateter através da uretra até a bexiga, para esvaziamento momentâneo da urina.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária • Verificar a presença de volume residual • Realizar coleta de amostra de urina para exames 		
Materiais a serem utilizados:	<ul style="list-style-type: none"> • Luva estéril • Sonda uretral número 12 ou 14 • Lubrificante estéril (cloridrato de lidocaína) • <i>Kit</i> estéril para sondagem vesical • Luvas de procedimento • Gaze estéril • Compressa de banho • Clorexidina aquosa ou iodopovidona aquosa (PVPI) • Seringas de 20 ml (quando em pacientes do sexo masculino) • Biombo, se necessário • Bandeja e mesa auxiliar • Saco de lixo, para desprezar resíduos • Álcool 70% • Lençol extra • Fralda extra para paciente em uso 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a higienização das mãos • Realizar antisepsia da bandeja com álcool 70% • Verificar na prescrição a sondagem indicada • Reunir todo o material necessário e arrumar na bandeja • Calçar as luvas de procedimento • Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiar, se for o caso • Colocar sob o paciente o lençol ou fralda <p><u>Descrição técnica – ambos os sexos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexionar e afastar os membros inferiores (mulheres) ou manter as pernas estivadas sobre o leito (homens) • Afastar os pequenos e grandes lábios (mulheres) ou expor a região perineal (homens), para realizar a higiene íntima ainda com a luva de procedimento • Abrir o pacote de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril para abrir os demais materiais, a fim de realizar a técnica de maneira asséptica • Despejar clorexidina aquosa ou PVPI na cuba redonda do <i>kit</i> • Abrir a bisnaga de lubrificante estéril e colocar o conteúdo no campo estéril ou gaze estéril (mulheres) ou colocar a lidocaína dentro da seringa de 20 ml (homens) (abrir a seringa e deixá-la sobre o campo) • Abrir o cateter de sondagem específico e indicado e deixá-lo sobre o campo • Abrir o pacote de gaze estéril e colocá-la sobre o campo, caso não haja suficiente no <i>kit</i> de cateterismo • Abrir a seringa de 20 ml (homens) 		

- Explicar ao paciente a posição ideal para a realização do procedimento. Caso o paciente não seja capaz de auxiliar, realizar o posicionamento antes da paramentação
- Paramentar-se (touca, máscara, avental, óculos)
- Calçar as luvas estéreis
- Com o auxílio de outra pessoa da equipe de enfermagem, colocar na seringa de 20 ml o cloridrato de lidocaína
- Preparar as torundas de gazes estéreis juntamente com a clorexidina ou PVPI
- Realizar a limpeza com clorexidina aquosa da região perineal (ver descrição dessa limpeza em cateterismo vesical de longa permanência em mulheres e homens)
- Posicionar o campo fenestrado estéril sobre o paciente
- No caso de pacientes mulheres, separar os grandes e pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante, mantendo-os afastados durante todo o procedimento (essa mão não poderá mais pegar o material estéril). No caso de pacientes homens, manter o pênis na posição perpendicular ao abdome
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado
- Lubrificar a sonda com cloridrato de lidocaína (mulheres) ou introduzir esse produto com auxílio da seringa de 20 ml (homens)
- Introduzir a sonda vesical de alívio na uretra do paciente e posicionar a outra ponta dentro da cuba rim
- Aguardar a drenagem da diurese
- Deixar o paciente confortável
- Recolher o material
- Deixar o ambiente em ordem
- Desprezar em locais apropriados os materiais utilizados
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em local apropriado
- Realizar higiene das mãos
- Realizar a limpeza da bandeja
- Checar o horário na prescrição e registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características e intercorrências

Cuidado especial:

- No caso de paciente masculino, manter o prepúcio em posição anatômica após cateter vesical, evitando edema na glândula

Referências:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.