

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UNIVILLE

ORGANIZAÇÃO
LUCIANA FERREIRA KARSTEN

**PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS
PADRÃO DA
ENFERMAGEM (POP)**



univille

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – UNIVILLE

LISTA DE AUTORES¹:

ANA BEATRIZ ARAÚJO

ANDREIA HINTZ

BRUNA DE WITTE

BRUNA ESTHEFANY DA SILVA

CAROL PEREIRA VEIGA GONÇALVES

FERNANDA RODRIGUES

GABRIELLY BENTO

GLEICI BLAZIUS

LUANA GADOTTI

MARCELO AUGUSTO ZAMPOLI

SHINAIDER SIGUENE

VICTORIA MORESCO

LUCIANA FERREIRA KARSTEN: Enfermeira, doutoranda e mestra pela Universidade da Região de Joinville (Univille), especialista pela Universidade Paulista (Unip), professora no curso de graduação em Enfermagem da Univille, coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Univille

2023

Catologação 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, 2023.

74 p.

Material elaborado pelos alunos do 2.º ano do curso de Enfermagem da
Univille no ano de 2021.

1. Enfermagem - Prática. 2. Enfermagem – Manuais, guias, etc. I. Karsten,
Luciana Ferreira (org.). II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Rafaela Ghacham Desiderato – CRB-14/1437

¹ Acadêmicos do 2.º ano de 2021 do curso de Enfermagem da Univille.

“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

Sumário

Apresentação	6
POP N.º 1 – Higienização das mãos	7
POP N.º 2 – Antissepsia das mãos com produto à base de álcool, para procedimento cirúrgico	8
POP N.º 3 – Verificação de sinais vitais	9
POP N.º 4 – Banho de leito	11
POP N.º 5 – Punção venosa periférica	13
POP N.º 6.1 – Administração de medicação por via oral (VO)	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	19
POP N.º 6.4 – Administração de medicação por via nasal	20
POP N.º 6.5 – Administração de medicação por via sublingual (SL)	22
POP N.º 6.6 – Administração de medicação por via subcutânea (SC)	24
POP N.º 6.7 – Administração de medicação por via intradérmica (ID)	26
POP N.º 6.8 – Administração de medicação por via intramuscular (IM)	28
POP N.º 6.9 – Administração de medicação por via intravenosa (IV) ou endovenosa (EV)	30
POP N.º 6.10 – Administração de medicação por via vaginal	32
POP N.º 6.11 – Administração de medicação por via retal	34
POP N.º 6.12 – Administração de medicação por via gástrica (sonda enteral ou gástrica)	37
POP N.º 7 – Hemoglicoteste (HGT) ou glicemia capilar	39
POP N.º 8 – Realização e remoção de curativos	40
POP N.º 9 – Eletrocardiograma (ECG)	42
POP N.º 10 – Gasometria arterial	44
POP N.º 11 – Coleta de sangue venoso	46
POP N.º 12 – Oxigenioterapia	48
POP N.º 13 – Nebulização	49
POP N.º 14 – Minilavado broncoalveolar (Mini-BAL)	51
POP N.º 15 – Aspiração de secreção das vias aéreas	53

POP N.º 16 – Aplicação de máscara laríngea	55
POP N.º 17 – Sondagem entérica e gástrica	57
POP N.º 18 – Cuidados com bolsa de colostomia	59
POP N.º 19 – Exame ginecológico.....	61
POP N.º 20 – Cateterismo vesical de longa permanência ou sondagem vesical de demora (SVD).....	64
POP N.º 21 – Cateterismo vesical de curta permanência ou sondagem vesical de alívio (SVA)	67
POP N.º 22 – Calce das luvas estéreis ou cirúrgicas.....	69
POP N.º 23 – Drenagem torácica	71
POP N.º 24 – Cuidados com traqueostomia metálica.....	73

Apresentação

Como Florence Nightingale afirmava, a enfermagem é uma das mais belas artes que evoluíram e adquiriram contexto teórico, prático e científico com o passar dos anos. 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 considerar o ser humano como algo único que está dentro de um contexto próprio, de modo que é preciso realizar técnicas assistenciais adequadas para cada indivíduo. Para tanto, faz-se necessária a confecção de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de Enfermagem, documentos que devem ser elaborados por enfermeiros e estar disponíveis em qualquer instituição que preste atendimento a pacientes mediante uma equipe de enfermagem.

Os POPs apresentados a seguir fizeram parte de uma atividade elaborada pelos alunos do 2.º ano do curso de Enfermagem da Univille ao longo de 2021, na disciplina de Fundamentos Práticos do Cuidar.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 1	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Higienização das mãos		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
VALIDAÇÃO:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
APROVAÇÃO:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A lavagem das mãos é tradicionalmente o ato mais importante para a prevenção e o controle de infecções hospitalares, devendo ser praticada por toda a equipe sempre ao iniciar e ao terminar uma tarefa.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Proteger a saúde do profissional; • Eliminar sujidades, substâncias tóxicas e resíduos de medicamentos; • Evitar a disseminação de doenças; • Diminuir o número de microrganismos. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Água; • Sabão (de preferência líquido e neutro); • Papel-toalha; • Lixeira com acionamento por pedal; • Lavatório apropriado. 			
Responsável pela prescrição: Enfermeiro e/ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar			
Responsável pela execução: Todos os profissionais que entram em contato com o paciente e com os pertences deste			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Abrir a torneira e molhar as mãos com água; • Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície de ambas as mãos; • Friccionar as palmas das mãos entre si; • Friccionar a palma de uma das mãos contra o dorso da mão oposta, entrelaçando os dedos, e, em seguida, realizar o mesmo passo trocando as mãos; • Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; • Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e fazendo movimentos de vai e vem, em seguida, realizar o mesmo passo trocando as mãos; • Friccionar o polegar de uma das mãos com o auxílio da palma da mão oposta, utilizando-se de movimentos circulares, em seguida, realizar o mesmo passo trocando as mãos; • Friccionar as polpas digitais e unhas de uma das mãos contra a palma da mão oposta, fazendo movimentos circulares, em seguida, realizar o mesmo passo trocando as mãos; • Enxaguar bem as mãos com água; • Secar as mãos com papel toalha descartável; • No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel-toalha para fechá-las. 			
Cuidados especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar a técnica de lavagem das mãos, retirar anéis, pulseiras e relógio; • Respeitar a duração dos procedimentos (todo o processo deve durar entre 40 e 60 segundos). 			
Referências: BRASIL. Ministério da Defesa. Como higienizar corretamente suas mãos . 29 mar. 2021. Cartaz. Disponível em: https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/esporte/desporto-militar/sua-saude/como-higienizar-corretamente-suas-maos . Acesso em: 6 abr. 2021.			

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PA- DRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 2	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Antissepsia das mãos com produto à base de álcool, para procedimento cirúrgico		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
VALIDAÇÃO:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
APROVAÇÃO:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool 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 resíduos de 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 procedimentos que necessitam de barreira estéril. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Água; • Sabão com antisséptico ou escovas impregnadas com o antisséptico; • Compressa estéril; • Lixeira com acionamento por pedal; • Lavatório apropriado. 			
Responsável pela prescrição: Enfermeiro e/ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar			
Responsável pela execução: Todos os profissionais que entram em contato com o paciente e com os pertences deste durante procedimentos invasivos			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Abrir a torneira e molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos; • Recolher com as mãos em concha o antisséptico, colocando aproximadamente 5 mL do produto à base de álcool; • Espalhar o produto nas mãos, no antebraço e no cotovelo (no caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe o produto por todas as partes); • Esfregar ambas as mãos até o punho ao mesmo tempo e em movimentos rotativos por 20 a 30 segundos; • Friccionar uma palma contra a outra, com os dedos entrelaçados; • Friccionar o dorso dos dedos de uma mão, mantendo-os dentro da palma da outra mão, em movimentos de vai e vem; • Friccionar o polegar de uma das mãos com movimentos de rotação da palma da mão oposta enlaçada, e, em seguida realizar o mesmo passo trocando as mãos; • Utilizar movimentos circulares no antebraço, mantendo sempre as mãos acima dos cotovelos por 10 a 15 segundos; • 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 não possuam fotosensor); • Enxugar as mãos com compressas estéreis em movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da compressa para regiões distintas. 			
Cuidados especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar a técnica, retirar anéis, pulseiras e relógios; • Respeitar a duração dos procedimentos; • No caso de torneiras sem pedal, utilizar papel-toalha descartável para abri-las; • Respeitar a duração do processo conforme as instruções do fabricante do produto antisséptico (em média de 3 a 5 minutos). 			
Referências: ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Técnica para antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool . 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/higiene-das-maos/cartazes/cartaz_6.pdf/view . Acesso em: 6 abr. 2021.			



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 3

DATA:
30/11/2021

REVISÃO N.º: 2

DENOMINAÇÃO:	Verificação de sinais vitais
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
VALIDAÇÃO:	Fundamentos Práticos do Cuidar
APROVAÇÃO:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

A verificação de sinais vitais é um dos procedimentos mais realizados pela enfermagem todos os dias, além de ser um método eficiente de monitoramento sobre condições de saúde dos pacientes. As alterações das funções corporais geralmente se refletem na temperatura, na pulsação, na respiração e na pressão arterial do paciente, 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.

Objetivos:

- Permitir ao enfermeiro a identificação de diagnósticos de enfermagem;
- Implementar as prescrições planejadas;
- Avaliar o sucesso da estabilização dos sinais vitais, quando alterados;
- Oferecer uma assistência de qualidade ao paciente.

Material a ser utilizado:

- Bandeja;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Termômetro;
- Copo descartável;
- Relógio com ponteiro 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:

Antes das aferições:

- 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;
- Lavar as mãos com água e sabão novamente;
- Apresentar-se para o paciente e explicar o que será realizado;
- Manter o paciente sentado ou deitado, com o braço em que será verificada a pressão arterial no mesmo nível do coração e as pernas descruzadas;
- Evitar que o paciente esteja usando roupas que pressionem o membro;
- Manter-se em silêncio no momento da verificação.

Aferição da temperatura:

- Colocar o termômetro na axila do paciente por 5 minutos e pedir que ele pressione o braço contra o peito;
- Retirar o termômetro do paciente e registrar a temperatura indicada.

Aferição da pressão arterial:

- 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 braquial e posicionar o estetoscópio em cima dessa pulsação;
- Apalpar o pulso radial e insuflar o manguito até não sentir mais essa pulsação;
- Insuflar o manguito entre 20 e 30 mmHg a mais;
- Proceder à deflação do manômetro de maneira lenta para realizar a leitura da pressão arterial;
- Registrar o valor da pressão arterial.

Aferição da frequência cardíaca:

- 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 a contagem.

Aferição da frequência respiratória:

- Diminuir a compressão dos dedos da artéria radial, porém não os retirar do local;
- Contar cada expansão respiratória durante 1 minuto e registrar a contagem;
- Registrar saturação caso o paciente possua aparelho de oximetria.

Verificação da dor:

- Avaliar a intensidade da dor conforme escalas e registrar no prontuário (quando implantado).

Depois das aferições:

- 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 do paciente para não confundir com as próprias pulsações;
- Desinfetar as olivas e o diafragma do estetoscópio antes e após a verificação dos sinais vitais;
- Certificar-se, antes da verificação dos sinais vitais, de que o paciente tenha estado em repouso por um período mínimo de 30 minutos;
- Não deixar que o paciente fique de pernas e braços cruzados;
- Para a realização da técnica, manter silêncio por parte do paciente, do profissional e no ambiente é primordial;
- Trocar o membro de verificação e aferir novamente se houver dúvida sobre o valor da pressão arterial;
- Não aferir pressão arterial em membros com queimaduras ou fístulas arteriovenosas, membro superior ao lado de cirurgia de mastectomia ou no qual foi realizado cateterismo cardíaco;
- Verificar com materiais individuais os sinais vitais de pacientes em isolamento de contato.

Referências:

ABCMED. **Conhecendo os sinais vitais e suas funções**. 2019. Disponível em: https://www.abc.med.br/p/vida-saudavel/1338438/conhecendo+os+sinais+vitalis+e+suas+funcoes.htm_

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (Brazilian Guidelines of Hypertension)**. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 4	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Banho de leito		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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 do paciente; • Promover movimentação no leito; • Proporcionar conforto e dignidade ao paciente; • Evitar úlceras por pressão; • Estimular a circulação sanguínea. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Carrinho de banho ou mesa de cabeceira; • Biombos; • <i>Hamper</i>; • 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 auxiliares de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Separar no carrinho de banho o material necessário de forma organizada; • Explicar ao paciente o procedimento; • Preparar o ambiente posicionando biombo(s) 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, travesseiro, deixando o paciente 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, as orelhas e o pescoço do paciente; • Retirar a camisola ou a camisa do paciente, mantendo o tórax protegido pelo lençol; • Iniciar lavando, enxaguando e secando os braços e as mãos do paciente, primeiro no lado oposto em que o profissional está e depois no lado mais próximo, com movimentos circulares, a fim de proporcionar a ativação da circulação. Devem-se também observar as condições da pele do paciente; • Fazer a limpeza da região torácica com água e sabão, enxaguar e secar; • Deixar a região genital coberta com o lençol; 		

- Lavar, enxaguar e secar as pernas e as coxas do paciente, do tornozelo até a raiz da coxa, primeiro no lado oposto em que o profissional está e depois no lado mais próximo;
- Alternar o paciente para decúbito lateral direito ou esquerdo, para fazer a limpeza da região dorsal com água e sabão, enxaguar e secar;
- Colocar a bacia sob os pés do paciente, lavá-los, principalmente nos espaços interdigitais, observando suas condições, e secá-los bem;
- Trocar a água da bacia e as luvas de procedimento;
- Colocar a comadre no paciente;
- Realizar a higiene íntima do paciente;
- Retirar a comadre e colocá-la ao lado da cama;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral com as costas voltadas para o profissional;
- Lavar, enxaguar e secar as costas, a região glútea e a região sacra do paciente, observando as condições da pele e possíveis áreas com hiperemias;
- Empurrar a roupa úmida para o meio da cama e abaixo do paciente;
- Higienizar a metade exposta do colchão em um único sentido com álcool 70% e compressa;
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa;
- Proceder à arrumação do leito com o paciente ainda em decúbito lateral;
- Virar o paciente em decúbito lateral sobre o lado já limpo e preparado do leito;
- Retirar a roupa de cama suja e desprezá-la no hamper;
- Higienizar em um único sentido, com álcool 70% e compressa, a outra metade exposta do colchão;
- 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;
- Recompôr a unidade do paciente;
- Recolher os materiais utilizados, levando-os para o expurgo;
- Retirar as luvas, o avental e a máscara;
- Anotar no prontuário as anormalidades detectadas.

Cuidados especiais:

- Caso o paciente se encontre em isolamento, manter precaução padrão e destino adequado do material utilizado;
- Caso haja material fecal, realizar a sua 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 as luvas de procedimento para reduzir a transmissão de microrganismos do ânus à uretra ou à genitália feminina;
- Evitar forçar a retração do prepúcio caso o paciente apresente fimose ou parafimose;
- 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, com consequente troca dele;
- Elevar as grades do leito após o término do banho de leito;
- Quando houver curativos, realizar a troca deles após o término do banho de leito;
- Tricotomizar barbas ou bigodes ou cortar os cabelos do paciente apenas mediante autorização do paciente ou de seus familiares, devendo essa autorização ser registrada em prontuário;
- Em caso de banho pré-operatório, realizá-lo com clorexidina degermante 2%.

Referência:

AMERICAN RED CROSS. **Assisting with personal cleanliness and grooming**. In: AMERICAN RED CROSS. American Red Cross Nurse Assistant Training Textbook. 3. ed. American National Red Cross, 2013. Unit. 3: Providing Care.

SMITH, Sandra F.; DUELL, Donna J.; MARTIN, Barbara C.; GONZALEZ, Laura; AEBERSOLD, Michelle F. **Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills**. 9. ed. 2017.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 5

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO:	Punção venosa periférica
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

Consiste na introdução de um cateter venoso na luz de uma veia superficial, de preferência de grande calibre. O procedimento envolve a seleção de um dispositivo para venopunção e de um local de inserção, dependendo do tipo de solução a ser utilizada, da frequência e da duração da infusão, da disponibilidade de veias acessíveis e da idade e do estado do paciente.

Objetivo:

- Instalar cateter em trajeto venoso periférico para manutenção de uma via de acesso visando à infusão de soluções ou à administração de medicamentos.

Material a ser utilizado:

- Bandeja;
- Garrote;
- Clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%, quando não houver clorexidina alcoólica;
- Gazes ou bolas de algodão;
- Cateter intravenoso periférico sobre agulha apropriado ao calibre da veia e à rede venosa do paciente (ex.: Jelco n.º 24 ou 22 em neonatologia/pediatria; Jelco n.º 20 a 14 em adultos);
- Filme transparente estéril ou fita microporosa para fixação;
- Luvas de procedimento;
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso de acordo com o objetivo da punção (torneirinha, tubo extensor, tubo em “Y”);
- Material para permeabilização do cateter – solução fisiológica (SF 0,9%) de 10 mL, seringa descartável de 5 mL, agulha descartável 40x12.

Responsável pela prescrição:

Enfermeiro(a)

Responsável pela execução:

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

Descrição técnica:

- Lavar as mãos;
- Verificar na prescrição médica: nome do cliente, número do leito, solução a ser infundida, volume, data e horário;
- Lavar a bandeja com água e sabão e higienizá-la com álcool 70%;
- Preparar o material para a punção ainda no posto de enfermagem conforme descrição a seguir:
 - Abrir a seringa descartável de 5 ou 10 mL do invólucro e mantê-la na mão;
 - Abrir, retirar a agulha descartável 40x12 e acoplá-la à seringa;
 - Retirar os invólucros e descartá-los no lixo reciclável;
 - Fazer a limpeza da ampola de SF 0,9% 10 mL com algodão e antisséptico padronizado na instituição;
 - Romper a ampola de SF 0,9% 10 mL e aspirar essa solução na seringa descartável de 5 ou 10 mL;
 - Abrir o dispositivo tubo em “Y” e acoplar a seringa descartável de 5 ou 10 mL a uma das vias para preencher essa via com o SF 0,9%. A tampa protetora dessa via deve ser acoplada à agulha descartável 40x12 e deixada dentro da bandeja. Preencher a via acoplada e repetir o processo para permeabilizar a outra via do dispositivo;
 - Deixar acoplada a seringa preenchida com SF 0,9% no tubo em “Y” dentro da bandeja;
 - Selecionar os dispositivos para a punção venosa colocando-os dentro da bandeja;
 - Pôr dentro da bandeja um copo com algodão seco e um copo com algodão embebido em antisséptico preconizado na instituição;
 - Acrescentar garrote, luvas de procedimento e fita fixadora dentro da bandeja.
- Identificar o cliente pelo nome completo;
- Explicar o procedimento ao cliente e ao acompanhante;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o cliente de maneira confortável e adequada à realização do procedimento;
- Expor a região a ser puncionada;

- Palpar a rede venosa para escolher o local a ser puncionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre e distantes das articulações. Veias indicadas: cefálica, basílica, mediana, as do antebraço e as do plexo venoso do dorso da mão, no sentido distal para o proximal;
- Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
- Prender o garrote acima do local escolhido (não colocá-lo sobre as articulações);
- Pedir ao cliente para abrir e fechar a mão e, em seguida, para mantê-la fechada;
- Fazer a antisepsia da área usando algodão/gaze embebido em solução preconizada/padronizada pela instituição, com movimentos no sentido do retorno venoso ou circular do centro para fora;
- Tracionar a pele do cliente (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2,5 cm abaixo do local selecionado para a punção;
- Informar o cliente sobre o momento da punção, solicitando que faça uma inspiração profunda;
- Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, até observar o refluxo do sangue;
- Retirar o mandril quando puncionar com cateter sobre agulha, fazendo pressão acima da ponta do cateter com o indicador da mão não dominante;
- Soltar o garrote e solicitar ao cliente que abra a mão;
- Testar a permeabilidade do sistema;
- Observar se não há formação de soroma local;
- Fixar o cateter à pele do cliente, utilizando película transparente estéril de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos;
- Identificar no próprio curativo do cateter o dia e o horário da punção, o responsável por ela e o calibre utilizado;
- Colocar o cliente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Desprezar o lixo em local adequado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Descartar os materiais de sobra conforme padronizado pela CCIH e fazer a guarda de materiais que não foram utilizados;
- Lavar a bandeja com água e sabão e higienizar com álcool 70%;
- Organizar o ambiente;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados especiais:

- Sempre lavar as mãos antes de entrar em contato com o paciente;
- Verificar se o acesso está bem fixado na pele;
- Proteger o acesso no momento do banho, a fim de evitar que caia água no local – isso pode ser feito com plástico;
- Sempre que for mexer no local do acesso, garantir a lavagem de mãos para evitar possíveis infecções;
- Verificar sempre se há sinais de sujeira e sangramentos;
- Avaliar se há vermelhidão, edema e se a pele na região do acesso está quente;
- Fechar o registro do equipo imediatamente caso o paciente se queixe de dor durante a infusão de alguma medicação ou mesmo em repouso;
- Não puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesões;
- Não puncionar membro com fístula arteriovenosa ou no mesmo lado em que foi realizada mastectomia;
- Avaliar a possibilidade de aplicar, minutos antes da punção, compressa ou bolsa de água morna no membro escolhido para facilitar o aparecimento de uma veia;
- 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 e deve ser avaliado diariamente);
- Caso se constate flebite ou infiltração/extravasamento, retirar o cateter venoso;
- Avaliar a possibilidade de proteger a área do garroteamento com gaze ou tecido fino (ex. manga da camisola) para preservar a pele frágil de pacientes pediátricos e idosos ou com excesso de pelos;
- Proteger com plástico o sítio de inserção do cateter durante o banho quando utilizada cobertura não impermeável;
- Investigar a presença de alergia ao látex ou à fita adesiva microporosa.

Referências:

NEVES, Vanessa Faria. Procedimento Operacional Padrão (POP): realização de punção venosa periférica com cateter sobre agulha. *In*: REDE/OBELIX/POP, 3., 2014, Florianópolis. **HU+UFSC**. Florianópolis: UFSC, 2017. v. 1, p. 1-5.

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: **Procedimento operacional padrão**. Amazonas, 15 jul. 2016.

UFRJ – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Procedimento Operacional Padrão**: punção venosa periférica em adultos. Rio de Janeiro: Maternidade-escola da UFRJ (Divisão de Enfermagem), 2018. v. 1.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.1	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação via oral (VO)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Ato de preparar e administrar medicamentos, disponíveis em várias apresentações, pela cavidade oral. Essa é uma das vias mais utilizadas, por apresentar algumas características como segurança e economia, além da facilidade de administração, não causando dor.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Obter uma resposta farmacológica adequada e de ação sistêmica lenta, ou quando outras vias não são indicadas; • Repor déficit orgânico; • Minimizar a tendência de ocorrer reações alérgicas. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Copo descartável; • Fita-crepe; • Caneta; • Álcool 70%; • Compressa não estéril; • Luvas de procedimento; • Cortador de comprimidos (se necessário); • Água; • Material acessório: seringa, gazes, conta-gotas etc. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico em enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Preparar bandeja; • Separar o medicamento, mantendo-o no invólucro próprio ou utilizando gaze estéril para auxiliar no acondicionamento (no caso da medicação sólida), a fim de evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação; • Identificar o nome do paciente, o quarto, o leito, a medicação, a dosagem, a via de administração e o horário em fita-crepe ou papel; • Em caso de líquidos, agitar o frasco e colocar em copo descartável a dose prescrita com auxílio do copo graduado; • Levar a bandeja pronta até o leito do paciente; • Calçar as luvas de procedimento na frente do paciente; • Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informá-los sobre o medicamento a ser administrado, assim como sua função; • Ajudar o paciente a se sentar; • Elevar a cabeça do paciente ou auxiliá-lo a ficar em posição confortável, no caso da impossibilidade de se sentar; • Certificar-se de que a medicação não fique exposta na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente, evitando que outro cliente a tome por engano e garantindo que a medicação seja tomada de fato; • Oferecer a medicação; 		

- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
- Certificar-se de que o medicamento foi deglutido;
- Deixar o cliente em posição confortável e a mesa de cabeceira do cliente em ordem;
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento ainda no local;
- Higienizar a bandeja com água e sabão;
- Lavar as mãos;
- Checar em ficha única a medicação prescrita, logo após sua administração, anotando qualquer intercorrência.

Cuidados especiais:

- Colocar equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica e luvas de procedimento) antes de lidar com medicamentos que precisam ser manipulados (aspirados ou macerados);
- Caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações da CCIH;
- Oferecer comprimidos e cápsulas um de cada vez;
- Evitar oferecer os medicamentos simultaneamente a fim de prevenir interações medicamentosas. Assim, sempre que possível, o planejamento dos horários de administração deve respeitar esse aspecto;
- Atentar para o fato de que comprimidos com revestimento entérico não devem ser mastigados, cortados, diluídos nem macerados, para não ocorrer inativação da substância ativada pelo suco gástrico;
- Não triturar comprimidos de liberação retardada, pois eles perdem suas características de liberação, havendo risco de toxicidade e inadequado nível sérico do fármaco;
- Ao administrar comprimidos efervescentes, dissolvê-los em água e administrá-los somente após a efervescência, para evitar efeitos irritativos sobre a mucosa gástrica;
- Verificar os sinais vitais do paciente antes da administração de medicamentos, pois, de forma geral, as medicações possuem eventos adversos variados;
- No caso de lactentes ou crianças, elevar a cabeça deles ou segurá-los 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**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de Enfermagem – caderno do aluno**. Brasília, 2003.

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

SHIROMA, L. M. B. **Procedimento Operacional Padrão (POP) – Preparo e Administração de Medicação por Via Oral**. UFSC, 2014.

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

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO: Administração de medicação por via oftálmica ou ocular

ELABORAÇÃO: Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021

DISCIPLINA: Fundamentos Práticos do Cuidar

ORIENTADOR: Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

Técnica de administração tópica de medicamentos com apresentação em líquido, gel ou pomada, na bolsa conjuntiva oftalmológica.

Objetivos:

- Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas;
- Repor déficit orgânico;
- Minimizar a tendência de ocorrer reações alérgicas.

Material a ser utilizado:

- Bandeja;
- Fita microporosa;
- Caneta;
- Solução fisiológica estéril;
- Medicação prescrita;
- Luva de procedimento;
- Compressa não estéril;
- Álcool 70%.

Responsável pela prescrição:

Médico

Responsável pela execução:

Enfermeiro, técnico em enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem

Descrição técnica:

- Ler a prescrição;
- Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta;
- Higienizar as mãos;
- Higienizar a bandeja;
- Preparar medicação;
- Utilizando a fita microporosa, elaborar etiqueta de identificação com os seguintes dados: quarto do paciente, leito do paciente, nome do paciente, medicação prescrita, quantidade prescrita, via de administração, data e hora;
- Montar a bandeja com os materiais a serem utilizados e encaminhar-se ao quarto do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Perguntar ao paciente seu nome e sua data de nascimento e conferir esses dados na identificação;
- Informar o paciente ou responsável sobre a medicação a ser administrada;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado, com a cabeça ligeiramente hiperestendida;
- Caso exista secreção ocular, limpar os olhos do paciente com gaze banhada em solução fisiológica 0,9%;
- Posicionar gaze abaixo da pálpebra inferior e expor delicadamente a conjuntiva;
- Orientar o paciente a olhar para cima;
- Aplicar o número de gotas dentro do saco conectivo, seguindo a prescrição;
- Orientar o paciente a fechar os olhos;
- Repetir o procedimento no outro olho, se prescrito;
- Orientar o paciente a observar e comunicar qualquer desconforto ou intercorrência;
- Desprezar os resíduos em local apropriado;
- Higienizar a bandeja com água e sabão;
- Higienizar as mãos;
- Avaliar o paciente após a administração do medicamento;
- Checar na prescrição médica o horário em que foi administrado o medicamento;
- Registrar a anotação de enfermagem.

Cuidados especiais:

- Atentar para que o aplicador (frasco/conta gota) do medicamento não entre em contato com os olhos do paciente durante a aplicação;
- Aplicar o medicamento com a cabeça do paciente inclinada para trás;
- Aplicar o medicamento na carúncula lacrimal do paciente;
- Orientar o paciente que realizará o procedimento por conta própria em casa quanto aos seguintes aspectos: o uso seguro de medicamentos por via oftalmológica, o medicamento prescrito, a via de administração, os horários, os possíveis efeitos adversos e os procedimentos de segurança no momento da administração;
- Cuidar com a higienização antes da aplicação, por se tratar de via com fácil risco de infecção.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 3.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.3	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via otológica ou auricular		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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 para pacientes em tratamento de patologias otológicas, para diminuir o cerúmen, aliviar a dor e anestésiar. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Fita-crepe; • Caneta; • Compressa não estéril ou gaze; • Luvas de procedimento; • Álcool 70%. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente; • Calçar as luvas de procedimento; • Informar o paciente ou o responsável sobre a medicação que será administrada, assim como sobre sua função; • Posicionar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça lateralizada; • Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás; • Observar a presença de secreção (se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze); • Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar o frasco no paciente); • Pedir ao paciente que permaneça com a cabeça lateralizada por 3 minutos e supervisioná-lo; • Administrar a medicação no ouvido paralelo se estiver prescrito, seguindo os mesmos procedimentos; • Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem; • Desprezar os resíduos; • Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel-toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%; • Realizar a higienização das mãos; • Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica; • Registrar a medicação aplicada, o horário, a data e o local de administração, além da condição do ouvido do paciente na ocasião da aplicação; • Observar e registrar os efeitos subsequentes da medicação, caso ocorram; • Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências. 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> • Quando prescrito, manter uma bola de algodão no canal auricular do paciente. 		
Referências:	BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica . 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. RODRIGUES, A. B. <i>et al.</i> Guia da enfermagem: rotina, práticas e cuidados fundamentados . 3. ed. São Paulo: Érica, 2020.		



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 6.4

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO: Administração de medicação por via nasal

ELABORAÇÃO: Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021

DISCIPLINA: Fundamentos Práticos do Cuidar

ORIENTADOR: Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

Consiste na instilação de medicamentos pelas narinas. As medicações que podem ser instiladas apresentam-se em forma de gotas, *spray* (com a utilização de um atomizador) ou aerossol (com a utilização de um nebulizador).

Objetivos:

- Prevenir e tratar doenças que afetam a região nasal;
- Aliviar sintomas causados por doenças que acometem a área;
- Facilitar a remoção de secreções e de corpos estranhos;
- Promover anestesia local para exames rinológicos, laringoscopia, broncoscopia e intubação nasotraqueal.

Material a ser utilizado:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Fita adesiva;
- Papel;
- Caneta;
- Conta-gotas, se necessário;
- Gaze não estéril;
- Compressa não estéril;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Haste flexível com algodão nas pontas;
- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%.

Responsável pela prescrição:

Médico

Responsável pela execução:

Enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem

Descrição técnica:

- Ler a prescrição;
- Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta;
- Realizar a higienização das mãos;
- Reunir o material necessário;
- Fazer o rótulo do medicamento contendo o nome do paciente, o número do leito, o nome do medicamento, a dose, a via e o horário;
- Colocar em uma bandeja o medicamento com a identificação do paciente;
- Levar o medicamento até o leito do paciente;
- Informar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento e o medicamento a ser administrado;
- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Agitar medicamentos líquidos antes da administração para garantir sua distribuição uniforme;
- Manter a tampa do medicamento com a face interna voltada para cima a fim de evitar contaminação;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente sentado ou deitado com a cabeça um pouco inclinada para trás, se sua condição permitir;
- Realizar a higiene nasal com haste flexível embebida em soro fisiológico 0,9%, se necessário;
- Se necessário, aspirar com o auxílio de conta-gotas o medicamento prescrito, apertando o bulbo do gotejador com a mão dominante;
- Segurar a testa do cliente com a mão não dominante, mantendo a distância de 0,5 a 1 cm acima do nariz, e inclinar a ponta do gotejador na direção do septo nasal, sem tocar o gotejador na narina do paciente;
- Administrar o medicamento na mucosa nasal;

- Oferecer ao paciente gaze não estéril para que ele remova o excesso do medicamento (caso sua condição o permita);
- Fechar o frasco do medicamento;
- Solicitar que o paciente permaneça na posição por mais três minutos, observando suas reações;
- Orientar o paciente a não assoar o nariz imediatamente após a administração da medicação, apesar do desconforto que ela possa vir a causar;
- Desprezar em lixo apropriado o material utilizado;
- Realizar a desinfecção dos materiais que devem ser guardados e recolhê-los;
- Deixar o paciente em posição confortável e a mesa de cabeceira em ordem;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica o medicamento administrado;
- Registrar o procedimento na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a recusa e reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.

Cuidados especiais:

- Nos casos de indicação do medicamento para terapia hormonal, fazer o controle da diurese do cliente;
- Orientar o paciente a referir quaisquer alterações causadas pelo medicamento ou pelo seu distúrbio nasal.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

RODRIGUES, A. B. *et al.* **Guia da enfermagem: rotina, práticas e cuidados fundamentados**. 3. ed. São Paulo: Érica, 2020

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.5	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via sublingual (SL)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	A administração de medicação via sublingual consiste em colocar o medicamento na mucosa oral sob a língua do paciente.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a rápida absorção do medicamento, pois a região sublingual é altamente vascularizada por capilares sanguíneos; • Administrar medicamentos que são inativados pelo suco gástrico. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Copo descartável; • Fita-crepe ou fita microporosa; • Caneta; • Luvas de procedimento; • Álcool 70%; • Compressa não estéril ou gaze. 		
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; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Colocar o rótulo do medicamento no copo descartável; • Levar a medicação na bandeja até o leito do paciente; • Calçar as luvas de procedimento; • Informar o procedimento, a medicação que será administrada e a sua função ao paciente; • Pôr a medicação embaixo da língua do paciente ou entregar a medicação a ele, orientando-o a colocá-la sob a língua, sem mastigar ou engolir; • Checar se o procedimento foi efetivo; • Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado; • Realizar a higienização da bandeja com água e sabão e a desinfecção com álcool 70%; • Higienizar as mãos; • Checar em ficha única a medicação prescrita, logo após a sua administração; • Registrar em evolução de enfermagem quaisquer intercorrências. 		

Cuidados especiais:

- Certificar-se dos medicamentos que podem ser administrados por via sublingual;
 - Verificar o nível de consciência do paciente, a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sublingual deve ser revista pelo médico;
 - No caso de medicações com ação anti-hipertensiva, verificar a pressão arterial do paciente a cada 30 minutos por 2 horas, em média;
 - Orientar o paciente a não ingerir nenhum tipo de alimento ou água por alguns minutos;
-
- Caso o medicamento tenha sido dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
 - Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou ao médico.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Brasília). Hospital Universitário Lauro Wanderley (comp.). **Procedimento Operacional Padrão**: administração de medicamentos via sublingual. João Pessoa, 2016.

SHIROMA, L. M. B. **Preparo e administração de medicação por via sublingual**. Florianópolis: Nepen, 2016.

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. (org.). **Técnicas básicas de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.6	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via subcutânea (SC)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>É o ato de preparar e administrar medicamentos diretamente no tecido subcutâneo ou hipodérmico (entre a pele e o músculo) por meio de punção. Aplicação de medicamentos que necessitam de absorção lenta e contínua.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Promover absorção gradual e sistêmica de medicamentos por via parenteral; • Obter uma absorção mais rápida do que pela via enteral. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Algodão; • Álcool 70%; • Agulha descartável para aspiração de medicação (40x12); • Agulha descartável para administração da medicação (13x4,5); • Seringa de 1 mL com ou sem agulha; • Fita-crepe; • Caneta; • Luvas de procedimento; • Copo descartável. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Equipe de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar o medicamento; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Fazer a desinfecção da ampola/frasco utilizando algodão umedecido com álcool 70%; • Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha 40x12; • Quebrar a ampola envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze e pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante; • Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo de medicamentos ou dentro da bandeja; • Aspirar o medicamento utilizando a agulha 40x12, sem deixar ar no interior da seringa; • Trocar a agulha 40x12 pela 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 de forma confortável para a realização da técnica; • Calçar as luvas de procedimento; • Conferir a etiqueta com os dados do paciente; • Expor a área de aplicação; 		

- Com a mão dominante, introduzir a agulha de maneira rápida e suave em um ângulo de 45° a 90° (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. Caso apareça sangue na seringa, esta deve ser retirada, e a agulha, desprezada. Será necessário repetir o procedimento;
- Injetar a medicação suavemente;
- Retirar a agulha com um movimento rápido e único e colocá-la em um canto reservado da bandeja. **Não reencapar a agulha;**
- Empregar uma leve pressão no local da aplicação com uma bola de algodão seco;
- 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;
- Higienizar a bandeja com água e sabão;
- Lavar as mãos;
- Realizar a anotação de enfermagem.

Cuidados especiais:

- Atentar ao volume máximo de medicação que pode ser administrado por essa via: cerca de 1 mL em indivíduos adultos;
- Evitar aplicação próxima à região inguinal, às articulações e à cicatriz umbilical (manter distância de 3 cm), na cintura, na linha mediana do abdome e face anterior do antebraço;
- Inspeccionar o local de aplicação da medicação quanto a lesões, exantema, hipersensibilidade, edema, inflamação e outras anormalidades. Na presença de anormalidades, escolha outro local de aplicação;
- Não aplicar a medicação em cicatrizes, locais com edema, manchas de nascença, membro superior ao lado de cirurgia de mastectomia radical ou de fístula arteriovenosa, abdome gravídico e doenças vasculares periféricas oclusivas;
- Realizar rodízio do local de punção.

Recomendações – administração de heparina

- Não fazer 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;
- Realizar a aplicação em 10 segundos e aguardar mais 10 segundos antes de retirar a agulha.

Recomendações – administração de insulina

- Realizar a assepsia da pele com algodão seco em vez de embebido em álcool 70%.

Referências:

ALUNOS DA UNIVILLE DO 2.º ANO DE ENFERMAGEM. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem:** administração de medicação por via subcutânea (SC). [s. l.], 20 dez. 2017. Disponível em: <https://www.univille.edu.br//pt-br/institucional/proreitorias/prppg/setores/editora/livros-digitais/saude/884173>. Acesso em: 8 jun. 2021.

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

HU-UFGD – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. Preparo e administração de medicação subcutânea no adulto. **Procedimento/rotina**, 14 abr. 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/5539970/POP.DE.010+-+PREPARO+E+ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICA%C3%87%C3%83O+SUBCUT%C3%82NEA+NO+ADULTO.pdf/c765e294-002f-4ef9-8b91-960c2b145fd8>. Acesso em: 8 jun. 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.7	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intradérmica (ID)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:			
É a administração de medicação por via intradérmica (entre os tecidos dérmicos), por meio de punção.			
Objetivos:			
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacinas; • Realizar prova de hipersensibilidade, como o teste tuberculínico; • Testar alérgenos diversos; • Anestesiá localmente. 			
Material a ser utilizado:			
<ul style="list-style-type: none"> • Medicação prescrita; • Bandeja; • Fita microporosa; • Caneta; • Luvas de procedimento; • Álcool 70%; • Algodão; • Copo descartável; • Seringa descartável de 1 mL, com ou sem agulha; • Agulha descartável 25x7 ou 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; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita microporosa a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Desinfetar o frasco ou a ampola com algodão embebido em álcool 70% antes de puncioná-lo (frasco) ou quebrá-la (ampola); • Realizar a montagem da seringa de 1 mL com a agulha de aspiração, 25x7 ou 40x12, no caso de seringa sem agulha; • Aspirar o medicamento sem deixar ar no interior da seringa; • Trocar a agulha acoplada pela 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 na pele somente o bisel da agulha, voltado para cima, num ângulo de 15°;
- 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);
- Lavar a bandeja com água e sabão;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar em ficha única a medicação prescrita, logo após sua administração.

Cuidados especiais:

- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis;
- Nunca reencapar a agulha;
- Realizar rodízio de locais de aplicação;
- Não pressionar nem massagear a pápula formada pela aplicação;
- Se não houver formação de pápula, realizar nova aplicação;
- Atentar para o volume máximo que pode ser aplicado por via intradérmica: 0,5 mL;
- No caso de teste para alérgenos, utilizar espaço de 5 cm entre as aplicações;
- Administrar a solução em local livre de pelos e cicatrizes, sem manchas, sem rede venosa visível e de fácil acesso para leitura dos resultados;
- Atentar a sinais de alergia, pois a aplicação pode ocasionar reações de hipersensibilidade (choque anafilático), dependendo do tipo de teste a ser realizado;
- Fazer uma marca circular com uma caneta ao redor do local da aplicação;
- Orientar o paciente a não apagar, não cobrir com curativos, não coçar nem arranhar a marca de identificação;
- Buscar fazer a aplicação nos locais mais utilizados, que são: região 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**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SOU ENFERMAGEM. **Administração de medicação por via intradérmica**. 5 jul. 2018. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/administracao-de-medicamentos/administracao-de-medicamentos-por-via-intradermica/>. Acesso em: 26 maio 2021.

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: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intramuscular (IM)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Consiste no ato de aplicar um medicamento no tecido muscular.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos com ação sistêmica e absorção rápida de doses relativamente grandes (até 5 mL, em locais adequados). 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja ou cuba rim; • Luvas de procedimento; • Algodão; • Álcool 70%; • Medicamento conforme prescrição; • Seringa; • Agulhas para aspirar (40x12) e administrar a medicação (25x7 ou 25x8). 		
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; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Fazer a desinfecção da ampola; • Preparar, de maneira asséptica e correta, a dose da medicação; • Dirigir-se ao quarto/leito do paciente, identificar-se e explicar o que será realizado; • Lavar as mãos; • Calçar as luvas de procedimento; • Selecionar a região apropriada para a injeção, verificando a existência de equimose, inflamação ou edema; • Auxiliar o paciente a se posicionar adequadamente; • Posicionar a seringa e a agulha em ângulo de 90° e com o bisel lateralizado ao músculo; • Localizar novamente a região usando pontos anatômicos; • Passar o algodão do centro para as bordas da região selecionada, num diâmetro de aproximadamente 5 cm; • Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro e o quarto dedo da mão não dominante; • Remover a capa (ou bainha) da agulha, puxando a capa em linha reta para trás; • Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante; • Administrar lentamente a medicação; • Retirar a agulha enquanto aplica a bola de algodão ou gaze gentilmente sobre a região; • Pressionar gentilmente; • Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante; • Recolher o que deve ser guardado e desprezar corretamente o restante do material utilizado; • Retirar as luvas de procedimento; • Higienizar as mãos. 		

Cuidados especiais:

- O enfermeiro deve estar sempre atento à administração de medicamentos;
- Conhecer a ação e os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que serão administrados;
- Notificar sempre as reações adversas;
- Não administrar injeções intramusculares em locais inflamados, edemaciados ou irritados, nem em locais que contenham verrugas, sinais congênitos, cicatrizes ou outras lesões.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. 2019.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 10. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2016. *E-book*. ISBN 9788527729581.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.9	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via intravenosa (IV) ou endovenosa (EV)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A via endovenosa permite administrar medicamentos diretamente na corrente sanguínea, através de um acesso venoso superficial ou profundo. É utilizada quando há necessidade de transfusões sanguíneas 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 líquido ao paciente. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Diluente do medicamento (se necessário); • Fita-crepe; • Caneta; • Luvas de procedimento; • Álcool 70%; • Algodão; • Copo descartável; • Seringa descartável com ou sem agulha; • Agulha descartável 40x12, para aspiração e diluição 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; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Desinfetar o frasco ou a 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 isso, fazer a desinfecção; • Aspirar o medicamento com agulha 40x12 e seringa (utilizar um diluente quando necessário), sem deixar ar no interior da seringa; • Se necessário, realizar a diluição do medicamento para que se tenha a dose prescrita; • Trocar a agulha acoplada (40x12) 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 ao 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 o acesso venoso; • Fechar a válvula de controle do fluxo para outros medicamentos/soluções; • Fazer a antisepsia do local de aplicação com algodão embebido em álcool 70%; 			

- Lavar o acesso venoso com soro fisiológico 0,9%, se necessário, verificando sua permeabilidade;
- Empurrar o êmbolo da seringa, injetando a solução;
- Abrir a válvula de controle de fluxo e ajustar o gotejamento, se for o caso;
- 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:

- Nunca realizar o reencape de agulhas e/ou cateteres;
- Nos casos de frasco ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de uma tesoura e após isso fazer a desinfecção.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

CARMAGNANI, M. I. *et al.* **Procedimentos de enfermagem – guia prático**. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2017. VitalBook file.

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

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.10	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via vaginal		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: Essa via é utilizada para a aplicação de fármacos para fins tópicos por meio de cremes e pomadas. A vagina é uma região altamente vascularizada, além de ter forte irrigação linfática. As principais apresentações para a via vaginal são óvulos, comprimidos, cápsulas de gelatina mole, irrigações e injeções.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar contraceptivos; • Tratar e/ou prevenir processos inflamatórios, infecções e micoses; • Fazer reposição hormonal. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicação prescrita; • Fita-crepe; • Caneta; • Luvas de procedimento; • Álcool 70%; • Copo descartável; • Aplicador ou espécuro; • Comadre; • Material para higiene íntima; • Absorvente higiênico ou fralda; • 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"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • 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 ao responsável o procedimento e a ação da medicação; • Garantir a privacidade da paciente solicitando que seu acompanhante aguarde do lado de fora do quarto durante o procedimento ou questionando se a paciente autoriza a permanência dele no ambiente; • Para preservar a intimidade da paciente, fechar a porta do quarto ou isolar o ambiente com um biombo; • Higienizar as mãos; • Calçar as luvas de procedimento; • 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 em ficha única a medicação prescrita, logo após sua administração.

Cuidados especiais:

- Se a paciente estiver possibilitada, solicitar que ela mesma realize a aplicação do medicamento, 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**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

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: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via retal		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Administração de medicamentos na mucosa retal através do orifício anal.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicações laxativas para procedimentos operatórios ou exames; • Administrar medicações tópicas analgésicas ou anti-inflamatórias. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicamento prescrito ou solução a ser infundida; • Papel; • Caneta; • Gaze não estéril; • Luvas de procedimento; • Espátula; • Lidocaína geleia 2%; • Aplicador; • Fralda ou comadre; • Impermeável e lençol móvel, quando necessário; • 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"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja; • Conferir o nome do medicamento, a dose, a via e o prazo de validade; • Colocar em uma bandeja o medicamento com a identificação e deixar para retirar o invólucro do medicamento diante do paciente; • Levar o medicamento próximo ao leito do paciente; • Conferir o nome completo do paciente, o leito, o medicamento e a via de administração; • Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento e informar sobre o medicamento a ser administrado; • Garantir a privacidade do paciente solicitando que os acompanhantes aguardem do lado de fora do quarto ou permitir a presença de um, se necessário; • Proteger o leito com biombos ou cortinas, se necessário; • Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente; • Calçar as luvas de procedimento; • Realizar a higiene íntima do paciente, se necessário; • Forrar a cama com o impermeável e com o lençol móvel, caso necessário; • Colocar o paciente em posição lateral ou em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior direito fletido e o membro inferior esquerdo estendido ou levemente flexionado); • Administrar o medicamento conforme descrito a seguir: 		

Para administração de supositório:

- Remover o supositório da embalagem;
- Oferecer as luvas e o supositório envolvido em uma gaze ao paciente para que ele mesmo o administre, caso sua condição permita;
- Orientar o paciente a inspirar profundamente várias vezes pela boca;
- Afastar a prega interglútea e introduzir delicadamente o supositório utilizando o dedo indicador da mão dominante até aproximadamente 5 a 7 cm, direcionando-o para o umbigo;

OBS.: Evitar cortar o supositório. Se for necessário cortá-lo para obter a dose prescrita, fazê-lo 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 deve ser introduzido com o dedo mínimo. Pode-se usar o dedo indicador em crianças maiores.

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

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

Para aplicação de pomada:

OBS.: Em caso de pomada, o medicamento deve ser de uso individual e, portanto, 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 5 a 7 cm do aplicador, 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 por alguns minutos as nádegas dele, fechando o ânus, para evitar o retorno do medicamento.

- Desacoplar o aplicador do tubo e descartá-lo em lixo apropriado;
- Solicitar ao paciente que permaneça na posição por algum tempo, para que a medicação penetre no organismo.

Para aplicação de clister ou Fleet Enema:

- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a capa protetora da cânula retal: com o frasco para cima, segurar com os dedos a tampa sulcada com uma das mãos e, com a outra, 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 do paciente, 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 preciso esvaziar completamente o frasco, porque ele contém quantidade de líquido superior à necessária para seu uso eficaz.

- Manter o paciente na posição até ele sentir forte vontade de evacuar (geralmente de 2 a 5 minutos);
- Fornecer ao paciente ou colocar nele 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 em ficha única a medicação prescrita, logo após sua administração.

Cuidados especiais:

- Não administrar o medicamento em pacientes com inflamação local ou que sofreram infarto do miocárdio, ou em casos de arritmias cardíacas;
- Não realizar o procedimento em pacientes de pós-cirurgia recente no reto, cólon ou próstata, uma vez que existe contra-indicação nesses casos;
- 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.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MEDEIROS, A. J. C.; PIMENTA, F. C. F.; PALMEIRA, A. M. de A.; MELO, Â. B. P. de; COSTA, M. M. L.; LEITE, M. do S. B. S.; CARREIRO, G. S. P. Procedimento Operacional Padrão: administração de medicamentos via retal. *In*: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW (filial da EBSEH). **Procedimento Operacional Padrão**. João Pessoa: HULW, 2016. v. 1, p. 1-14.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 6.12	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Administração de medicação por via gástrica (sonda enteral ou gástrica)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: É o ato de administrar determinadas medicações via sonda enteral ou gástrica, conforme prescrição médica. As medicações que podem ser administradas por essa via devem permanecer inalteradas em sua composição química e ação farmacológica, portanto nem todo medicamento de via oral ou sublingual pode ser administrado dessa forma. Assim sendo, o médico ou farmacêutico deverá substituir o fármaco.			
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar dietas e medicamentos. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Seringa de 20 mL; • Pacote de gaze; • Papel-toalha; • Fita-crepe; • Macerador de comprimidos; • Copo plástico; • Água filtrada ou mineral; • Estetoscópio; • Tesoura; • Equipamentos de proteção individual (EPIs). 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Equipe de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma correta e resposta correta; • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar a medicação; • Macerar ou triturar a medicação e, posteriormente, adicioná-la em copo plástico com água mineral ou filtrada; • Identificar em fita-crepe a medicação, o volume, a via de administração, o horário, o nome do paciente e o leito; • Deslocar-se ao leito do paciente; • Paramentar-se adequadamente; • Explicar ao paciente/família os benefícios e objetivos do procedimento; • Posicionar o paciente em Fowler (45°), sem travesseiro; • Desligar ou pausar a dieta que está em curso; • Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 mL de ar através da sonda e, com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente; • Aspirar e administrar a medicação do copo plástico com a seringa de 20 mL; • Após a administração da medicação, realizar a lavagem da sonda com o auxílio da seringa e água filtrada ou mineral. É necessário injetar 40 mL de água após o procedimento; • Fechar a sonda ou religar a dieta enteral que estava em curso; • Recolher o material; • Retirar as luvas e lavar as mãos; • Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências, sinais de resíduos e posicionamento da sonda; • Acomodar o paciente em posição confortável. 			

Cuidados especiais:

- Riscos:
 - Obstrução da sonda;
 - Remoção acidental da sonda;
 - Ulceração nasal.
- Prevenção de agravo:
 - Seguir procedimento técnico;
 - Fixar a sonda adequadamente;
 - Inspeccionar narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda;
 - Tratar agitação psicomotora.
- Tratamento da não conformidade:
 - Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e ao médico e realizar os registros necessários;
 - Se houver remoção acidental, comunicar e solicitar ao enfermeiro para repassar a sonda;
 - Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família.
- Sinais de mau posicionamento da sonda:
 - Cianose facial e de extremidades;
 - Tosse e dificuldade respiratória;
 - Dificuldade de injetar ar para teste de ruído no fundo gástrico;
 - Na presença desses sinais, retirar a sonda e tentar introdução novamente.

Referências:

PEBMED. **O técnico de enfermagem pode realizar cateterismo gástrico ou enteral?** Disponível em: <https://pebmed.com.br/o-tecnico-de-enfermagem-pode-realizar-cateterismo-gastrico-ou-enteral/#:~:text=Considerando%20a%20complexidade%20t%C3%A9cnica%20e,s%C3%A3o%20atividades%20privativas%20do%20enfermeiro>. Acesso em: 24 maio 2021.

PORTAL ARQUIVOS 2. **Sonda enteral.** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/21/07-Sonda-enteral.pdf>. Acesso em: 24 maio 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 7	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Hemoglicoteste (HGT) ou glicemia capilar		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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, por meio da perfuração cutânea com uma lanceta. A dosagem de glicose é verificada em aparelhos próprios para esse fim.</p>		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Mensurar o valor da glicemia para fins diagnósticos e de controle. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Agulha 13x4,5 ou lanceta; • Copo; • Algodão seco; • Glicosímetro; • Luvas de procedimento; • Fitas para o glicosímetro; • Papel; • Caneta; • Bandeja; • Caixa de coleta de material perfurocortante. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar 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, que é menos dolorida) com a agulha escolhida ou com a 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; • Não informar diagnóstico algum ao paciente, o exame não fornece diagnóstico; • Questionar o paciente se ele está realmente em jejum ou se utilizou alguma medicação antes do teste; • Pode-se também realizar o teste no lóbulo da orelha. 		
Referências:	<p>CRUZ FILHO, R. A. <i>et al.</i> O papel da glicemia capilar de jejum no diagnóstico precoce do diabetes <i>mellitus</i>: correlação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 255-259, jun. 2002.</p> <p>MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.</p>		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 8	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Realização e remoção de curativos		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A técnica de curativo é um método terapêutico responsável por auxiliar o organismo a promover a cicatrização, por meio da limpeza, proteção e tratamento das lesões, além de prevenir e eliminar fatores desfavoráveis como contaminações e infecções, que retardam esse processo. Consiste no cuidado dispensado a uma região do corpo com presença de ruptura da integridade de um tecido corpóreo.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Proteger uma lesão contra traumas mecânicos; • Limpar a lesão; • Remover corpos estranhos e 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; • Promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la; • Tratar e prevenir infecções; • Fazer desbridamento mecânico e remover tecidos necróticos; • Dar conforto psicológico ao paciente; • Diminuir a intensidade da dor; • Limitar a movimentação em torno da ferida. 			
Material a ser utilizado: <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; • EPIs – 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; • Clorexidina degermante; • Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem). 			
Responsável pela prescrição: Enfermeiro e/ou médico			
Responsável pela execução: Equipe de enfermagem e/ou médico			

Descrição técnica:

- Lavar as mãos;
- Higienizar a bandeja com álcool 70%;
- Aquecer levemente o soro fisiológico em 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 ao paciente e ao 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 ao acompanhante a autorização (registrar no prontuário 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;
- 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;
- Avaliar a lesão;
- Limpar a ferida ou a lesão iniciando do local menos contaminado para o mais contaminado (dentro para fora/fora para dentro), em movimentos unilaterais e utilizando quantas torundas forem necessárias;
- Fotografar e mensurar a lesão;
- Descartar no saco de lixo as torundas contaminadas;
- 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 com gaze a região afetada, sem deixar nenhuma borda desprotegida;
- Fixar a gaze com fita adesiva hipoalergênica;
- Identificar o curativo com o nome do responsável pela sua 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 desbridamento químico ou físico;
- Atentar para a necessidade de medicar o paciente para a realização do curativo;
- Não realizar fricção diretamente no leito da lesão;
- Atentar à contraindicação de trocar o curativo inúmeras vezes;
- Trocar o curativo caso o paciente o molhe no banho;
- Atentar ao tipo de curativo/cobertura indicado.

Referências:

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

KREMER, D. W. *et al.* **Cuidados com a integridade cutânea**. Florianópolis: Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2017.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Erica, 2020.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 9

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO:	Eletrcardiograma (ECG)
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

O eletrcardiograma (ECG) é o registro gráfico da atividade elétrica cardíaca realizado em um eletrcardiógrafo. Tal exame é útil no diagnóstico de arritmias, sobrecargas das câmaras cardíacas e lesões isquêmicas do miocárdio. Em outras condições, como nos processos inflamatórios e distúrbios eletrolíticos, esse exame é também de grande valia.

Objetivos:

- Analisar e registrar a atividade elétrica cardíaca;
- Analisar ritmo cardíaco;
- Avaliar a integridade ou anormalidades cardíacas;
- Detectar sobrecargas das cavidades cardíacas.

Material a ser utilizado:

- Maca;
- Gel condutor para eletrcardiograma;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Luvas de procedimento;
- Tricotomizador ou aparelho de barbear descartável;
- Eletrcardiógrafo;
- Peras ou eletrodos;
- Pás;
- Papel-toalha ou compressa;
- Papel e caneta;
- Água e sabão.

Responsável pela prescrição:

Médico

Responsável pela execução:

Enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem

Descrição técnica:

- Verificar requisição do exame e nome do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Receber o paciente e explicar como será o exame;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar ao paciente que retire todos os objetos de metal e aparelhos eletrônicos;
- Solicitar ao paciente que retire ou levante a blusa/camiseta para o posicionamento dos eletrodos. Caso haja uso de sutiã, atentar para partes metálicas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado;
- Limpar a pele do tórax do paciente com algodão e álcool 70% para desengorduramento do local onde os eletrodos ou as peras serão colocados. Caso necessário, realizar tricotomia;
- Posicionar as quatro pás nos membros superiores e inferiores. Cores identificam o posicionamento das pás: vermelha (membro superior direito – MSD), amarela (membro superior esquerdo – MSE), preta (membro inferior direito – MID) e verde (membro inferior esquerdo – MIE);
- Posicionar os eletrodos ou as peras no tórax do paciente. Em caso de peras, utilizar o gel condutor sob elas;
- O posicionamento deve ser realizado da seguinte forma:
 - V1 posicionado no quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno;
 - V2 posicionado no quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno;
 - V3 posicionado entre os pontos V2 e V4;
 - V4 posicionado no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular;
 - V5 posicionado na linha axilar anterior, no mesmo nível que o ponto V4;
 - V6 posicionado na linha axilar média, ao mesmo nível que o ponto V4 e V5.

- Ligar o eletrocardiógrafo e aguardar a visualização do eletrocardiograma sem interferência;
- Imprimir o traçado e registrar os dados do paciente (nome, sexo, idade, peso, altura, data, horário de realização do exame), caso não haja impressão dessas informações;
- Retirar as pás e os eletrodos ou as peras;
- Retirar o excesso de gel da pele do paciente;
- Orientar o paciente a vestir-se;
- Finalizar o atendimento;
- Descartar as luvas de procedimento;
- Higienizar as pás e as peras com água e sabão;
- Higienizar a maca com álcool 70%;
- Higienizar as mãos.

Cuidados especiais:

- Atentar para a localização anatômica correta na colocação de peras/eletrodos;
- Solicitar ao paciente que retire todos os objetos de metal e aparelhos eletrônicos que possui no momento;
- Realizar tricotomia da região torácica caso o paciente tenha excessiva quantidade de pelo local e isso dificulte a realização do exame;
- Questionar o paciente se ele possui marca-passo, próteses e/ou cardiopatias prévias que possam influir no exame;
- Após o uso, manter o aparelho na tomada, garantindo o carregamento do equipamento para o próximo exame.

Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Realização de eletrocardiograma nas unidades assistenciais**. Florianópolis: UFSC, 2021. 6 p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/aceso-a-informacao/pops/gerencia-de-atencao-a-saude/divisao-de-enfermagem/2021/pop-ecg-revisado-1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

KARSTEN, L. F. *et al.* (org.). **Procedimentos Operacionais Padrão de enfermagem (POP)**. Joinville: Editora Univille, 2017.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 10	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Gasometria arterial		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A gasometria arterial é um exame realizado com o sangue coletado de uma artéria, para conhecimento do grau de desequilíbrio respiratório ou metabólico que o paciente apresenta.			
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o pH, o equilíbrio ácido-básico e os gases presentes no sangue, tais quais o oxigênio e o gás carbônico, assim como a distribuição desses gases. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • 2 copos pequenos e descartáveis; • Água e sabão; • Algodão embebido em álcool 70%; • Algodão seco; • Luvas 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: Enfermeiro			
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 a fim de cobrir apenas a superfície interna da seringa com a substância; • Trocar a agulha da seringa; • Cortar um pedaço de fita adesiva hipoalergênica; • Levar a bandeja até o leito do paciente; • Explicar o procedimento ao paciente; • Escolher o local de punção; • Deixar o paciente confortável (deitado); • Palpar a artéria escolhida (radial, braquial ou femoral); • Limpar a pele com álcool ou outra solução antisséptica (ex.: clorexidina alcoólica ou álcool 70%); • Usar seringas lubrificadas com heparina; • Posicionar a agulha com o bisel para cima num ângulo de 35° a 45° para punções em região radial e braquial e a 90° em região femoral; • Introduzir a agulha observando o retorno e a cor do fluxo sanguíneo, que deve ser vermelho vivo; • Remover a agulha posicionando o 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 o nome do paciente, o leito, a data e a hora; • Descartar o material conforme preconizado pela instituição. 			

Cuidados especiais:

- Certificar-se de que na hora da coleta o paciente esteja sentado, exceto se ele for acamado, e em repouso por pelo menos 10 minutos antes da punção;
- A punção arterial pode causar: espasmo vascular, formação de trombo intramural ou aparecimento de hematoma periarterial (importante comprimir o local de punção por 5 minutos, geralmente, em um paciente não anticoagulado);
- Preferir como local de punção a artéria radial ao nível do túnel do carpo, em virtude da facilidade de acesso ao vaso (menos músculos, tendões e gordura superpostos) e da menor chance de punção venosa acidental (por não apresentar veias importantes próximas);
- Após a coleta, não ultrapassar o tempo de 10-15 minutos para enviar o material para análise;
- 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;
- Atentar às restrições:
 - 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.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de câmara técnica n.º 11/2015/CTLN/Cofen**. 12 nov. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-112015cofenctlN-informacoes-sobre-o-que-consiste-a-coleta-de-gasometria-arterial-e-puncao-arterial-2_35502.html#:~:text=%5B%E2%80%A6.%5D-,Art.,as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20legais%20da%20profiss%C3%A3o. Acesso em: 17 maio 2021.

EXAME Laboratorial Gasometria. **Governo do Brasil**, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/exame-laboratorial-gasometria#:~:text=Exame%20Laboratorial%20Gasometria%20%C3%A9%20um,geral%2C%20%C3%A9%20usado%20sangue%20arterial>. Acesso em: 17 maio 2021.

GASOMETRIA arterial: interpretação, parâmetros, distúrbios acidobásicos e mais! **SanarMed**, 19 ago. 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/gasometria-arterial-como-interpretar>. Acesso em: 17 maio 2021.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 11	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Coleta de sangue venoso		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito: A técnica consiste em realizar coletas de sangue venoso para a obtenção de resultado de exames laboratoriais.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Fazer análises laboratoriais; • Identificar procedimentos necessários em relação à coleta de sangue venoso; • Proporcionar segurança ao paciente/cliente, inibindo os riscos de erros na coleta do sangue venoso. 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Garrote; • Gaze ou bolas de algodão; • Luvas de procedimento; • Equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica e óculos de proteção; • Álcool 70%; • Adesivo para o curativo (transparente semipermeável estéril, fita microporosa e esparadrapo); • Tesoura; • Seringa de 10 mL ou seringa de 10 mL com agulha 25x7 com dispositivo de segurança ou dispositivo de coleta de sangue a vácuo (trata-se de um adaptador de coleta de sangue a vácuo com agulha distal acoplada para a transferência do sangue diretamente para o tubo, sem a necessidade de abertura deste ou de manuseio do sangue); • Tubos para coleta do material. 			
Responsável pela prescrição: Médico			
Responsável pela execução: Enfermeiro ou técnico de enfermagem			
Descrição técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Ler o pedido do exame médico; • Higienizar as mãos com água e sabão; • Separar o material necessário; • Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%; • Apresentar-se ao paciente e ao acompanhante; • Checar a identificação do paciente; • Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao 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; • Caso necessário, garrotear o membro para facilitar a visualização da rede venosa; • Atentar ao garroteamento, pois ele pode impedir o retorno venoso, mas não deve ocluir o fluxo arterial; • Controlar o tempo de garroteamento e, quando necessário, soltar o garrote temporariamente; • Colocar os equipamentos de proteção individual; • Calçar as luvas de procedimento; • Garrotear o local para melhor visualização da veia, de 10 a 15 cm acima do local de inserção escolhido; • Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido proximal para o distal; • Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima e, ao observar o sangue no retorno do canhão da agulha, solicitar que o paciente abra a mão (quando a punção estiver sendo realizada em membros superiores); • Realizar a coleta cuidadosamente; • Retirar o garrote após coletar a quantidade adequada de amostra; 			

- Posicionar um algodão sobre o local de inserção da agulha e retirá-la delicadamente, pressionando o algodão no local;
- Pressionar por alguns minutos e em seguida manter curativo adequado;
- Recolher os materiais na bandeja. Não reencapar a agulha;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável e a mesa de cabeceira em ordem;
- Desprezar a agulha na caixa de descarte para perfurocortante e encaminhar os demais materiais ao expurgo, desprezando-os em saco de lixo branco (infectante);
- Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel-toalha;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;
- Enviar o material ao laboratório juntamente com o pedido, o mais rápido possível;
- Proceder à higienização da bandeja com água e sabão, secá-la e guardá-la em local apropriado.

Cuidados especiais:

- Escolher a veia levando em consideração as condições da rede venosa;
- Preferir veias calibrosas, a fim de diminuir traumas no vaso e facilitar o fluxo;
- Não puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesões;
- Para facilitar o aparecimento de uma veia, observar a possibilidade de aplicar, no membro escolhido, compressa ou bolsa de água morna minutos antes da punção;
- Na retirada da agulha da veia, pressionar o local da punção por 1 minuto com uma bola de algodão, ou até parar o sangramento, e aplicar um curativo adesivo;
- Após a segunda tentativa de punção venosa sem sucesso, solicitar a outro profissional que realize o procedimento;
- Não aplicar fricção vigorosa ou múltiplas “batidinhas” durante a escolha da veia. Isso pode causar hematomas.

Referências:

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

ARCGER, E. *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.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 12	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Oxigenoterapia		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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 de oxigênio ao paciente. 		
Material a ser utilizado:	<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%; Luvas 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 higienizá-la com álcool 70%; Separar os materiais necessários; Limpar, com algodão e álcool, o local de abertura do frasco de água destilada; Colocar data no umidificador; Levar o material até o quarto do paciente; Apresentar-se ao paciente ou ao 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 no látex já conectado ao umidificador; Administrar o fluxo de oxigênio conforme necessidade do paciente e indicação do dispositivo; Realizar registro no prontuário. 		
Cuidados especiais:	<ul style="list-style-type: none"> Observar, durante a administração de oxigênio, sinais de inquietação, diminuição de nível de consciência, palidez, taquicardia e taquipneia no paciente; Certificar-se, preferencialmente, de que durante a administração da terapia o paciente esteja usando oxímetro; Observar que o oxigênio, na administração, sempre deve ser umidificado; Atentar para a troca do umidificador, que deve ser realizada a cada 24 h. 		
Referência:	CARMAGNANI, M. I. S. <i>et al.</i> Procedimentos de enfermagem : guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem . São Paulo: Editora Saraiva, 2020. NETTINA, S. M. Prática de Enfermagem . 10. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2016. <i>E-book</i> . ISBN 9788527729581.		

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 13	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Nebulização		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Administração de medicamentos pelas vias aéreas superiores, por meio de inalação de vapores. Técnica indicada para o tratamento de doenças respiratórias.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; • Umidificar as vias aéreas a fim de tratar ou evitar desidratação das mucosas; • Fluidificar as secreções das vias aéreas superiores, para facilitar a saída delas; • Administrar mucolíticos para obter atenuação ou resolução de espasmos; • Administrar corticosteroides com ação anti-inflamatória e antiexsudativa; • Administrar agentes antiespumantes nos casos de edema agudo de pulmão; • Fornecer suplementação de oxigênio ao sistema respiratório. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kit</i> de nebulização; • Soro fisiológico 0,9%; • Luvas de procedimento; • Fonte de oxigênio ou ar comprimido; • Medicação prescrita; • Bandeja; • Seringa; • Algodão; • 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"> • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja com álcool 70%; • Colocar na bandeja o material a ser utilizado; • Atentar ao cumprimento dos nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação certa, forma certa e resposta certa; • 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 ao responsável o procedimento; • Instruir o paciente a limpar as vias aéreas antes do procedimento, se possível; • Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica, colocando a solução no copinho com o auxílio da seringa e conectando-o à máscara; • Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito; • Conectar o inalador à fonte de oxigênio ou à fonte de ar comprimido; • Abrir a válvula do fluxômetro entre 3 e 6 L/min; • Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma; • Adaptar a máscara do inalador no paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical; • Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente; • Orientar o paciente para que respire de forma profunda e lenta; 		

- 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.

Cuidados especiais:

- Certificar-se de que a montagem do *kit* de nebulizador ficou estável;
- Interromper a administração 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 uso do nebulizador é individual;
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem respostas do paciente à aerossolterapia, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa.

Referências:

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

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 14	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Minilavado broncoalveolar (Mini-BAL)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Coletar secreção de vias aéreas baixas para diagnóstico. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento; • Sonda de aspiração n.º 12, 14 ou 16 (utilizado em adultos); • Coletor de secreção de vias aéreas (bronquinho); • Soro fisiológico; • Agulha 40x12; • Seringa de 20 mL; • Óculos de proteção; • Máscara descartável; • Luvas estéreis; • Bandeja; • Álcool 70%; • Tubo de látex; • Rede de gases (vácuo); • Caneta; • Fita adesiva. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro e/ou fisioterapeuta		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica; • Lavar 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 o leito do paciente; • Confirmar a identificação do paciente; • Explicar ao paciente e/ou ao responsável o procedimento; • Colocar o paciente em posição de Fowler ou semi-Fowler no leito; • Montar a parede de aspiração (vacuômetro, frasco de aspiração, látex); • Colocar as luvas de procedimento, os óculos e a máscara; • Abrir cuidadosamente o bronquinho, evitando sua contaminação, e conectar o látex do vacuômetro a uma das extremidades do frasco. Manter o sistema dentro da própria embalagem e próximo ao 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 luva estéril na mão dominante; • Ligar a aspiração com a outra mão; • Puxar a embalagem da sonda com a mão contaminada para que a mão estéril pegue esse dispositivo; • Instilar os 20 mL de soro fisiológico; • Clampear a sonda; 		

- Introduzir a sonda no tubo orotraqueal ou na traqueostomia até que o paciente apresente reflexo de tosse;
- Desclampar a sonda;
- Realizar movimentos circulares por no máximo 5 segundos;
- Clampar a sonda e retirá-la delicadamente;
- Conectar a sonda na outra extremidade do bronquinho e fechar o dispositivo com o próprio látex da embalagem;
- Identificar o frasco a fim de mandá-lo para análise laboratorial;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Realizar a higienização das mãos;
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado.

Cuidado especial:

- Não fazer movimentos circulares por mais de 5 segundos.

Referências:

FROTA, O.; FERREIRA, A.; BARCELOS, L.; WATANABE, E.; CARVALHO, N.; RIGOTTI, M. Colheita de aspirado traqueal: segurança e concordância microbiológica entre duas técnicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p. 618-624, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JRYGVCBJLR8CC3pHFGgspKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2021.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 15	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Aspiração de secreção das vias aéreas		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Trata-se da aplicação de sucção no trato respiratório do paciente a fim de retirar secreções das vias aéreas superiores ou inferiores, buscando promover permeabilidade do trato respiratório e adequada troca gasosa.</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene brônquica removendo secreções acumuladas, proporcionando conforto ventilatório ao paciente; • Garantir diminuição de riscos de infecções do trato respiratório; • Promover a troca gasosa; • Prevenir obstruções respiratórias e broncoaspiração. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja retangular; • Aparelho de aspiração portátil ou fonte de vácuo em rede de gases; • Válvula redutora de pressão para rede de vácuo; • Frasco de vidro para aspiração com válvula; • Copo descartável, algodão e álcool 70%; • Luvas de procedimento; • Luvas estéreis; • Látex; • Flaconete de água destilada; • Seringa de 10 mL; • Agulha 40x12; • 2 sondas de aspiração de acordo com o tamanho do tubo orotraqueal (TOT), da traqueostomia (TQT) ou da via aérea superior; • Equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica, óculos de proteção; • Biombo; • Oxímetro de pulso. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição do paciente; • Realizar a lavagem das mãos com água e sabão; • Separar uma bandeja para o procedimento; • Fazer desinfecção da bandeja com água e sabão; • 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 ao responsável; • Checar os dados de identificação na pulseira do paciente; • Orientar o paciente e/ou o acompanhante quanto ao procedimento; • Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; • Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento (cabeceira da cama entre 30° e 45°); • Calçar as luvas de procedimento; • Colocar os equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica descartável e óculos de proteção; • Interromper a infusão de dieta enteral, caso o paciente a esteja recebendo; • Realizar a desinfecção externa do flaconete de água destilada, com algodão e álcool 70%; • Abrir o flaconete de água destilada; 		

- Abrir a seringa e a agulha, unindo-as;
- Aspirar a água destilada do flaconete;
- Colocar a seringa em local adequado e próximo do procedimento;
- Abrir o látex e ligar uma das pontas à rede de vácuo ou ao dispositivo de sucção;
- Expor a ponta distal da sonda para fora da sua embalagem e acoplá-la ao látex que está ligado ao vácuo;
- Calçar luva estéril na mão dominante;
- Ligar o vácuo da parede ou do aparelho portátil;
- Puxar a embalagem da sonda com a mão contaminada para que a mão estéril pegue a sonda;
- Realizar a aspiração na seguinte ordem: tubo orotraqueal ou traqueostomia, via aérea superior bilateral e via oral;
- Introduzir a sonda clampeada no tubo orotraqueal, na traqueostomia ou na via aérea superior, até o paciente apresentar reflexo de tosse;
- Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares por cerca de 5 segundos enquanto traciona a sonda de aspiração. Esse procedimento de introdução 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 que haja oxigenação, e encorajar o paciente a tossir e respirar profundamente;
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Caso a secreção esteja espessa demais para ser aspirada, inserir algumas gotas de água destilada;
- Proceder à aspiração da nasofaringe e em seguida da orofaringe com a mesma sonda;
- Desconectar a sonda da extensão do aspirador ao término do procedimento;
- Enrolar a sonda em torno dos dedos da mão dominante e puxar a luva para fora, pelo lado interno, de modo que a sonda permaneça dentro da luva;
- Lavar com o resto da água destilada a extensão do látex conectado ao aspirador, buscando limpar a secreção do dispositivo;
- Desligar o vácuo;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezá-las no recipiente apropriado;
- Retirar máscara e óculos;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar nos locais apropriados o material utilizado;
- Realizar higienização das mãos e da bandeja, com água e sabão;
- Fazer as anotações necessárias.

Cuidados especiais:

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

Referências:

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

OS CUIDADOS necessários para a aspiração segura de vias aéreas. **Portal Hospitais Brasil**, 27 jan. 2021. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-necessarios-para-a-aspiracao-segura-das-vias-aereas/#:~:text=A%20aspira%C3%A7%C3%A3o%20das%20vias%20a%C3%A9reas,vias%20a%C3%A9reas%20superiores%20ou%20inferiores>. Acesso em: 28 ago. 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 16	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Aplicação de máscara laríngea		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Dispositivo utilizado para realização de ventilação no paciente. Em casos de intubações difíceis, opta-se por essa técnica para promover ventilação momentânea e temporária.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Promover a troca gasosa. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> Bandeja retangular; Luvas de procedimento; Álcool 70%; Equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica e óculos de proteção; Biombo; Papel-toalha; Oxímetro de pulso; Lubrificante hidrossolúvel; Ambu; Máscara laríngea conforme peso do paciente; Seringa de 20 mL; Cadarço para fixação; 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"> Lavar as mãos com água, sabão e higienizá-las com 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 (conectados à rede de gases); Testar o ambu ligando-o ao oxigênio e observando se a câmara reservatória insufla; Testar a máscara laríngea conectando a seringa ao seu <i>cuff</i> e insuflando 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 dorsal; 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 mão dominante, segurar a máscara laríngea e introduzi-la na orofaringe do paciente até observar resistência (acoplando a máscara, dessa maneira, na hipofaringe); Depois de colocar a máscara, insuflar o <i>cuff</i> com um número determinado de mL de ar, conforme indicação do dispositivo; Conectar o ambu à parte distal da máscara e ventilar o paciente; 		

- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e descartá-las junto dos 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 ou em pacientes que sejam obesos mórbidos, por conta do tamanho do pescoço;
- Não realizar o procedimento em caso de queimaduras nas vias aéreas do paciente;
- Não utilizar em pacientes que fizeram uma refeição volumosa.

Referências:

DIAS, F. O. S. *et al.* O uso da máscara laríngea na urgência e emergência: indicações e técnica. *In: XIII FAVE – FÓRUM ACADÊMICO DA VÉRTICE-UNIVERTIX*, Matipó, Minas Gerais, 24 a 27 nov. 2020. **Anais [...]**. Disponível em: <https://fave.univertix.net/wp-content/uploads/2020/11/R131-O-USO-DA-MASCARA-LARINGEA-NA-URGENCIA-E-EMERGENCIA-INDICACOES-E-TECNICA.pdf> Acesso em: 25 ago. 2021.

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: 17

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO:	Sondagem entérica e gástrica
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
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:

- Drenar líquidos intragástricos;
- Fornecer alimentação;
- Administrar medicação.

Material a ser utilizado:

- Estetoscópio;
- Máscara;
- Biombo;
- Óculos;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 mL;
- Copo com água filtrada;
- Fita microporosa;
- Tesoura;
- Sonda;
- Cloridrato de lidocaína;
- Bandeja;
- Gaze.

Responsável pela prescrição:

Médico

Responsável pela execução:

Enfermeiro

Descrição técnica:

- Higienizar as mãos;
- Higienizar uma bandeja com álcool 70%;
- Separar os materiais necessários;
- Preparar a fixação da sonda com fita microporosa: 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;
- Garantir a privacidade do paciente com o uso de biombos, se necessário;
- Elevar a cabeceira de 30° a 45°;
- Calçar as luvas;
- Abrir a embalagem da sonda e realizar a medição de acordo com a finalidade da colocação:
 - ° Nasogástrica: medir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, desta até o manúbrio do esterno e do manúbrio do esterno ao processo xifoide;
 - ° Nasoentérica: medir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, desta até o manúbrio do esterno, do manúbrio do esterno ao processo xifoide e somar o comprimento de 4 dedos.
- Realizar a marcação do comprimento adequado com a tira de fita microporosa;
- Passar lubrificante geleia na narina escolhida para a inserção;
- Passar lubrificante geleia na gaze e nela embeber a ponta da sonda até cerca de cinco centímetros de seu comprimento;

- Iniciar a sondagem passando a sonda pela narina e, se não houver grande incômodo, parar na altura da orofaringe;
- Solicitar ao paciente, nessa altura, que faça movimento de deglutição, e ao mesmo tempo terminar de inserir a sonda até todo o comprimento indicado;
- Realizar a fixação da sonda no nariz do paciente: o retângulo irá no dorso nasal e o “i” maiúsculo fixará a sonda ao nariz;
- Retirar o mandril enrolando-o na mão. Mantenha-o guardado para possível reutilização;
- Testar o posicionamento da sonda:
 - Inserir 20 mL de ar com uma seringa e auscultar a 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.
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Retirar as luvas 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;
- Solicitar raio X após 4 horas do procedimento;
- Descrever na evolução de enfermagem o procedimento realizado, assim como suas possíveis intercorrências.

Cuidados especiais:

- Pode-se realizar a passagem de sonda 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, deve-se realizar nova sondagem, em vez de reintroduzir a sonda;
- Em caso de entupimento, injetar água morna com uma seringa de 20 mL;
- Apenas a sonda Levine é radiopaca e necessita de RX de localização;
- Atentar aos sinais de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório: cianose, tosse e dispneia (retirar a sonda imediatamente nesses casos);
- Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que ela estiver solta ou suja;
- Não realizar nova sondagem sem conhecimento e autorização do médico em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago;
- Seguir as mesmas orientações do procedimento para pacientes intubados acoplados à ventilação mecânica;
- 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, e entregá-la a ele e/ou ao responsável, reposicionando-a após o procedimento.

Referência:

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020.

SONDA nasoentérica. **Equipe de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.equipeenfermagem.com.br/nasoenterica.php>. Acesso em: 4 set. 2017.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 18

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO:	Cuidados com bolsa de colostomia
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

Consiste na troca das bolsas acopladas a pacientes portadores de estomas intestinais: ileostomia ou colostomia, sendo a ostomia uma intervenção cirúrgica com desvio do conteúdo fecal para o meio externo através da parede abdominal.

Objetivos:

- Prevenir lesão de pele;
- Promover higiene e conforto ao paciente estomizado.

Material a ser utilizado:

- Bandeja;
- Carro de curativo;
- Biombo;
- Saco de lixo branco;
- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Gaze;
- Soro fisiológico;
- Cuba rim;
- Escala plástica de medição de estoma;
- Tesoura;
- Bolsa coletora de fezes;
- Presilha para fechamento de bolsa coletora.

Responsável pela prescrição:

Médicos e enfermeiros

Responsável pela execução:

Enfermeiro e técnico de enfermagem

Descrição técnica:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material na bandeja, colocá-la no carro de curativos e levá-lo ao quarto do paciente;
- Confirmar o procedimento a ser realizado e explicá-lo ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente colocando o 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;
- Esvaziar a bolsa coletora, se houver fezes, em comadre;
- Remover a bolsa anterior, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior;
- Amparar a pele com gaze umedecida com água morna, descolando 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 os 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 ou régua, ou fazer um molde, colocando um plástico sobre o estoma e desenhando o 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 pelo adesivo, se houver;
- Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderi-la à pele;
- Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver, e fazer leve pressão sobre este, para melhor aderi-lo à pele;

- Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
- 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, na anotação de enfermagem, registrar o procedimento realizado e o aspecto do estoma e da pele ao redor dele, assim como do efluente drenado.

Cuidados especiais:

- Conferir sempre a identificação do paciente e o procedimento a ser realizado;
- Para evitar lesões na pele, utilizar creme barreira, quando disponível;
- Tomar os devidos cuidados para prevenir infecções;
- Observar alergias (ao material da bolsa).

Referências:

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

SOBEST – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Consenso brasileiro de cuidado às pessoas adultas com estomias de eliminação 2020**. Organização de Maria Angela Boccara de Paula e Juliano Teixeira Moraes. 1. ed. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2021.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 19	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Exame ginecológico		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Exame para detecção de patologias relacionadas ao corpo da mulher e prevenção de doenças e agravos.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar ou não anormalidades patológicas durante o exame físico da mulher; • Determinar medidas antropométricas gestacionais; • Realizar orientações nos diversos períodos reprodutivos da adolescente e da mulher; • Fazer coletas de material ginecológico para análises laboratoriais. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento; • Máscara cirúrgica; • Óculos de proteção; • Lâmina de vidro; • Gaze; • Clorexidina aquosa ou povidine aquoso (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 médico		
Responsável pela execução:	Enfermeiro e/ou médico		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Higienizar a bandeja; • Separar o material a ser utilizado; • Explicar o procedimento à paciente; • Promover a privacidade da paciente com o auxílio de biombos, se necessário; • Realizar consulta, com coleta da história clínica e exame físico da paciente; • Pedir à paciente que tire a roupa e vista o avental com a abertura voltada para frente; • Posicionar a paciente na maca ginecológica; • Calçar as luvas de procedimento; • Realizar a inspeção das mamas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Inspeção estática – com a paciente sentada, mantendo os braços pendentes ao lado do corpo; ◦ Inspeção dinâmica – com a paciente realizando os seguintes movimentos: elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente. <p>OBS.: Devem-se observar a cor do tecido mamário, quaisquer erupções cutâneas incomuns ou descamação, assimetria, evidência de <i>peau d'orange</i> (“pele em casca de laranja”), proeminência venosa, massas visíveis, retrações ou pequenas depressões ou 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 (como crostas em torno do mamilo).</p>		

- Realizar a palpação das mamas:
 - Com a ponta dos dedos, apalpar a região cervical próxima às carótidas e as regiões supraclavicular, mamária e axilar;
 - Repetir a palpação com os dedos, realizando movimento de pressão em todas as regiões citadas;
 - Realizar esta etapa com a paciente sentada e depois deitada.
- Realizar a ordenha na paciente:
 - Posicionar o dedo indicador na parte superior da aréola e o dedo médio na parte inferior;
 - Realizar movimento de compressão e puxar lentamente a aréola para frente a fim de observar a presença de líquidos.
- Solicitar à paciente que deite e posicione as pernas sobre as pernas da maca ginecológica;
- Trocar as luvas de procedimento, os óculos de proteção e a máscara cirúrgica;
- Se necessário, utilizar uma compressa úmida para fazer a higiene íntima da paciente;
- Realizar o toque vaginal:
 - Passar cloridrato de lidocaína na ponta dos dedos indicador e médio da mão dominante;
 - Introduzir os dois dedos na vagina em sentido vertical e, após a introdução, girá-los na horizontal;
 - Pressionar a região suprapúbica com a outra mão, forçando o útero, até que seja possível examiná-lo;
 - Conferir se o colo do útero e a parede vaginal possuem alguma alteração;
 - Trocar as luvas de procedimento.
- Realizar o exame especular:
 - Selecionar um 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 em posição horizontal e abri-lo até visualizar o colo do útero;
 - Posicionar o espéculo de modo a conseguir visualização completa do colo do útero;
 - Observar aspectos do colo do útero e da parede interna da vagina.
- Realizar o exame Papanicolau com o espéculo ainda posicionado:
 - Identificar a lâmina de vidro com os dados da paciente na parte fosca;
 - Colher material da ectocérvice com a espátula de Ayres (ponta bifurcada), girando-a em 360°;
 - Esfregar na lâmina o material coletado;
 - Colher material endocervical com a escova cervical, girando-a em 360°;
 - Esfregar na lâmina o material coletado, ao lado da coleta da 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 a fim de serem mandadas para a análise laboratorial.
- Realizar o teste de Schiller, ainda com o espéculo posicionado, caso sejam observadas alterações no colo uterino e na parede vaginal da paciente:
 - Com o auxílio de uma pinça Cheron, pegar uma gaze imersa em PVPI disposto numa cuba rim;
 - Passar a gaze por todo o colo uterino e observar as regiões que não forem coloradas pela substância.
- Rotacionar e fechar o espéculo na posição vertical e cuidadosamente retirá-lo;
- Limpar a paciente com auxílio da compressa úmida, se necessário;
- Orientar a paciente a se vestir;
- Juntar material para esterilização;
- Descartar os materiais em local adequado;
- Retirar as luvas de procedimento, os óculos e a máscara;
- Lavar as mãos;
- Orientar a paciente quanto ao exame e à entrega do resultado e, se necessário, encaminhá-la para avaliação do ginecologista.

Cuidados especiais:

- Não realizar o exame se a paciente estiver menstruada;
- Certificar-se, perguntando à paciente, de que ela não tenha tido relação sexual nos dois dias anteriores ao exame;
- Atentar a casos de gravidez, pois resultados e exames a serem realizados podem sofrer alterações.

Referências:

- CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**. 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/40255448/Carmagnani_Procedimentos_de_Enfermagem. Acesso em: 16 nov. 2021.
- FMSC – FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS. **Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem (POP)**. FMSC, 2020. Disponível em: <http://www.fmsc.rs.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/POP-29-%E2%80%93-Coleta-Exame-Citopatol%C3%B3gico-do-Colo-do-%C3%A9tero.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2016.
- KARSTEN, L. F. *et al.* (org.). **Procedimentos Operacionais Padrão de enfermagem (POP)**. Univille: Editora Univille, 2017.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 20	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Cateterismo vesical de longa permanência ou sondagem vesical de demora (SVD)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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"> • Realizar coleta de amostra de urina para exames; • Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária, no preparo cirúrgico ou mesmo no pós-operatório; • Monitorizar débito urinário em pacientes inconscientes e/ou conforme tratamento e patologia; • Proteger a pele em caso de lesões de difícil tratamento em regiões com as quais a urina pode entrar em contato (púbica, inguinal, genital, perineal...). 			
Material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Luvas estéreis; • Cateter vesical de látex, poliuretano ou silicone; • Lubrificante estéril (cloridrato de lidocaína); • <i>Kit</i> estéril para sondagem vesical; • Luvas de procedimento; • Gaze estéril; • Compressa de banho; • Clorexidina aquosa ou povidine aquoso (PVPI); • Ampolas com água destilada (para cateterismo de longa permanência); • Sistema fechado para diurese (para cateterismo de longa permanência); • Seringa 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: Médicos			
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 arrumá-lo na bandeja; • Calçar as luvas de procedimento; • Explicar o procedimento ao cliente e/ou ao familiar, se for o caso; • Colocar sob o paciente o lençol ou a fralda; Descrição técnica – sexo feminino: <ul style="list-style-type: none"> • Flexionar e afastar os membros inferiores (MMII); • Afastar os pequenos e os grandes lábios para auxiliar na higiene íntima da paciente, ainda com as luvas de procedimento; • Retirar as luvas; • Abrir, de maneira asséptica, o <i>kit</i> de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril aos demais materiais para a realização do procedimento; • Despejar clorexidina aquosa ou povidine aquoso na cuba redonda do <i>kit</i>; • Abrir a bisnaga de lubrificante estéril e colocar o conteúdo no campo estéril ou em uma gaze estéril; 			

- Abrir o cateter de sondagem específico e indicado e deixá-lo sobre o campo;
- Abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-las sobre o campo, caso não haja 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 dentro da cuba rim a água destilada;
- Explicar à paciente a posição ideal para a realização do procedimento e, caso a paciente não seja capaz de auxiliar, colocá-la na posição antes da paramentação;
- Paramentar-se (touca, máscara, avental, óculos);
- Calçar as luvas estéreis;
- Realizar, sobre o campo estéril, 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 e embebê-las em clorexidina aquosa ou PVPI;
- Realizar a limpeza da região perineal com as torundas embebidas em clorexidina aquosa ou PVPI (triângulo: limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento, e, 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, mantendo-os afastados durante todo o procedimento, os grandes e os pequenos lábios com os dedos indicador e polegar da mão não dominante (essa mão não poderá mais ser usada para pegar o material estéril);
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa e gaze com solução asséptica;
- Lubrificar a sonda com o gel (cloridrato de lidocaína);
- Introduzir a sonda vesical de demora na uretra da paciente e posicionar a outra ponta, já acoplada ao sistema fechado de coleta de urina, sobre o campo fenestrado;
- Insuflar o balonete acoplado a seringa com 20 mL de água destilada ao injetor lateral da sonda;
- Aguardar a drenagem da diurese;
- Deixar a cliente confortável;
- Recolher o material;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Desprezar em locais apropriados os materiais utilizados;
- Retirar as luvas estéreis e descartá-las em local apropriado;
- Realizar a higiene das mãos;
- Realizar a limpeza da bandeja;
- Checar o horário na prescrição, registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características da diurese e as intercorrências.

Descrição técnica – sexo masculino:

- Manter os MMII do paciente estendidos sobre o leito;
- Expor a glândula do paciente para facilitar a higiene íntima;
- Retirar as luvas;
- Abrir, de maneira asséptica, o *kit* de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril aos demais materiais para a realização do procedimento;
- Despejar clorexidina aquosa ou povidine aquoso na cuba redonda do *kit*;
- Paramentar-se (touca, máscara, avental, óculos);
- Calçar as luvas estéreis;
- Abrir a bisnaga 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 (solicitar o auxílio de alguém da equipe de enfermagem);
- Abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-las sobre o campo (caso não haja suficiente no *kit* de cateterismo) (solicitar o auxílio de alguém da equipe de enfermagem);
- Abrir a outra seringa de 20 mL n Abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-las sobre o campo (caso não haja suficiente no *kit* de cateterismo) (solicitar o auxílio de alguém da equipe de enfermagem);
- Abrir o sistema fechado de coleta de urina ou os frascos para a coleta de urina para exame (conforme técnica indicada);
- Abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-las sobre o campo (caso não haja suficiente no *kit* de cateterismo) (solicitar o auxílio de alguém da equipe de enfermagem);
- 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 e, caso o paciente não seja capaz de auxiliar, colocá-lo na posição antes da paramentação;
- Preparar as torundas de gazes estéreis e embebê-las em clorexidina aquosa ou PVPI;

- Fazer a assepsia com as torundas embebidas em cloredixina aquosa ou PVPI na região perineal e peniana: limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, utilizando uma gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicularmente ao corpo, e limpá-lo, 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 cliente;
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa e gaze com solução asséptica. Para isso é necessário manter o pênis em posição perpendicular e tracionar o prepúcio;
- Introduzir o cloridrato de lidocaína, colocado previamente na seringa, na uretra do paciente;
- Manter o pênis em posição perpendicular com a mão não dominante;
- Introduzir a sonda vesical de demora na uretra do paciente e posicionar a outra ponta, já acoplada ao sistema fechado de coleta de urina, sobre o campo fenestrado;
- Aguardar a drenagem da diurese;
- Deixar o cliente confortável;
- Recolher o material;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Desprezar em locais apropriados os materiais utilizados;
- Retirar as luvas estéreis e descartá-las em local apropriado;
- Realizar a higiene das mãos;
- Realizar a limpeza da bandeja;
- Checar o horário na prescrição, registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características da diurese e as intercorrências.

Cuidados especiais:

- Atentar às técnicas a fim de diminuir o risco de infecção do trato urinário do paciente, uma vez que esse é um procedimento invasivo. A exemplo, a mão utilizada para entreabrir os pequenos e os grandes lábios não deve voltar a tocar o campo ou a sonda;
- Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical;
- Fazer a limpeza completa ao redor do meato uretral duas vezes ao dia e/ou em toda 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:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 21	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Cateterismo vesical de curta permanência ou sondagem vesical de alívio (SVA)		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
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 vesical momentâneo.		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária; • Realizar coleta de amostra de urina para exames. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas estéreis; • 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 povidine aquoso (PVPI); • Seringa de 20 mL (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 e arrumá-lo na bandeja; • Calçar as luvas de procedimento; • Explicar o procedimento ao cliente e/ou ao familiar, se for o caso; • Colocar sob o paciente o lençol ou a fralda; • Flexionar e afastar os membros inferiores do paciente, posicionando-os esticados sobre o leito; • Afastar os pequenos e os grandes lábios, em mulheres, ou expor a região perineal, em homens, para realizar a higiene íntima do paciente, ainda com as luvas de procedimento; • Abrir, de maneira asséptica, o <i>kit</i> de cateterismo vesical, proporcionando o campo estéril aos demais materiais para a realização do procedimento; • Despejar clorexidina aquosa ou povidine aquoso na cuba redonda do <i>kit</i>; • Abrir a bisnaga de lubrificante estéril e colocar o conteúdo no campo estéril ou em uma gaze estéril, no caso de sondagem em mulheres. Para homens será necessário colocar a lidocaína dentro da seringa de 20 mL (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 gazes estéreis e colocá-las sobre o campo, caso não haja suficiente no <i>kit</i> de cateterismo; • Explicar ao paciente a posição ideal para a realização do procedimento e, caso o paciente não seja capaz de auxiliar, colocá-lo na posição 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, para sondagem masculina;
- Preparar as torundas de gazes estéreis e embebê-las em clorexidina aquosa ou PVPI;
- Realizar a limpeza da região perineal com as torundas embebidas em clorexidina aquosa ou PVPI (ver descrição dessa limpeza em cateterismo vesical de longa permanência em mulheres e homens);
- Posicionar o campo fenestrado estéril sobre o paciente;
- Separar, mantendo-os afastados durante todo o procedimento, os grandes e os pequenos lábios com os dedos indicador e polegar da mão não dominante, no caso de sondagens femininas (essa mão não poderá mais ser ocupada para pegar o material estéril), ou, em homens, manter o pênis na posição perpendicular ao abdome;
- Higienizar a região do meato urinário com o auxílio da pinça longa e gaze embebida em solução asséptica;
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado;
- Lubrificar a sonda com o gel (cloridrato de lidocaína), para mulheres, ou introduzir o produto na uretra do paciente com o auxílio da seringa de 20 mL, em sondagens masculinas;
- Introduzir a sonda vesical de alívio na uretra do(a) paciente e posicionar a outra ponta dentro da cuba rim;
- Aguardar a drenagem da diurese;
- Deixar o cliente confortável;
- Após toda a drenagem retirar a sonda da uretra de forma delicada;
- Recolher o material;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Desprezar em locais apropriados os materiais utilizados;
- Retirar as luvas estéreis e descartá-las em local apropriado;
- Realizar a higiene das mãos;
- Realizar a limpeza da bandeja;
- Checar o horário na prescrição, registrar o procedimento realizado, o calibre do cateter, as características da diurese e as intercorrências.

Cuidados especiais:

- No caso de paciente masculino, manter o prepúcio em posição anatômica após a inserção do cateter vesical, a fim de evitar edema da glândula.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO DE ENFERMAGEM**

POP N.º: 22

REVISÃO N.º: 2

DATA:
30/11/2021

DENOMINAÇÃO:	Calce das luvas estéreis ou cirúrgicas
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten

Conceito:

A técnica consiste em calçar luvas estéreis feitas de borracha natural, de borracha sintética, de misturas de borracha natural e sintética ou de vinil. As luvas estéreis são EPIs de uso único, de formato anatômico, com punhos que asseguram ajuste ao braço do usuário, utilizadas em cirurgias e outros procedimentos.

Objetivos:

- Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não intacta e itens contaminados;
- Reduzir o risco de disseminação de microrganismos para o ambiente, de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.

Material a ser utilizado:

- Luvas estéreis, de acordo com o tamanho da mão.

Responsável pela prescrição:

Enfermeiro e/ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Responsável pela execução:

Todos os profissionais que prestam assistência direta ao paciente e que vão realizar procedimentos estéreis

Descrição técnica:

- Retirar adornos das mãos e dos pulsos;
- Realizar a higiene das mãos com produto alcoólico ou com água e sabonete e antisséptico;
- Avaliar a integridade do pacote da luva (se houver algum rasgo ou furo, trocar imediatamente);
- Sobre uma superfície limpa e seca, segurar o pacote pelas bordas superiores e abri-lo até a exposição completa do pacote secundário (estérel). Manter técnica asséptica;
- Colocar o pacote sobre a superfície, abri-lo pela parte externa, de modo a desdobrar o papel, e deixá-lo aberto. Manter técnica asséptica;
- Identificar a luva da mão direita e a da mão esquerda (calçar primeiro a da mão dominante);
- Usar o polegar e o dedo indicador da mão dominante e segurar a borda do punho dobrado da luva da mão não dominante, tocando somente a superfície interna da luva;
- Deslizar a outra mão na luva, mantendo a manga dobrada ao nível do punho;
- Com a mão enluvada, pegar a outra luva e colocar os dedos cuidadosamente sob o punho da segunda luva, tocando somente na superfície externa dela. Manter técnica asséptica;
- Puxar com muito cuidado a segunda luva sobre a mão não dominante. Manter técnica asséptica;
- Caso necessário, após calçar as luvas em ambas as mãos, ajustar os dedos e os espaços interdigitais, para maior conforto;
- Desdobrar o punho da primeira mão enluvada e deslizar suavemente os dedos da outra mão no interior da dobra, certificando-se de evitar qualquer contato com áreas que não sejam a superfície exterior da luva.

Cuidados especiais:

- Realizar a higiene das mãos antes de calçar as luvas;
- Manter sempre as unhas curtas para evitar futuros rasgos nas luvas, ocasionando uma possível contaminação;
- Substituir as luvas quando: estiverem sujas e/ou rasgadas, entre o atendimento de um paciente e outro e ao mudar de um sítio anatômico contaminado para outro limpo em um mesmo paciente;
- Remover as luvas imediatamente após cada atendimento ou procedimento;
- Descartar as luvas em lixo infectante. Nunca lavá-las ou descontaminá-las;
- Realizar a higiene das mãos imediatamente após a remoção das luvas.

Referências:

BARROS, ALBA L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. 2019.

BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde. **Recomendações sobre o uso de luvas em serviços de saúde**. Centro de Vigilância Epidemiológica, 2016.

MOTTA, A. L. C.; MIRANDA, R. P. R.; TAJRA, S. F. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 23	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Drenagem torácica		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	Consiste na troca do conteúdo drenado e/ou selo d'água do frasco coletor do dreno de tórax.		
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o sistema de drenagem funcionando, ou seja, com capacidade para drenar o conteúdo pleurítico excessivo. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • 1 par de luvas de procedimento; • Óculos de proteção e máscara; • Fita adesiva; • 1 frasco de água destilada (500 mL); • Caneta e etiqueta para identificação; • 1 Transofix. 		
Responsável pela prescrição:	Médico		
Responsável pela execução:	Equipe de enfermagem		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Reunir o material e levá-lo até o quarto do paciente; • Checar o nome e o leito do paciente; • Orientar o cliente quanto ao procedimento; • Dispor o material sobre a mesa auxiliar ou sobre o carrinho de curativo com cuidado para não contaminar; • Calçar as luvas de procedimento; • Abrir o frasco de água destilada e inserir o dispositivo de transferência de volume (Transofix); • Clampear o dreno de tórax com clampe disponível no próprio dispositivo; • Abrir o frasco do dreno e desprezar o conteúdo anterior para contabilizar; • Colocar a água destilada de 500 mL no frasco do dreno de tórax e fechá-lo; • Colocar a identificação com fita-crepe com as seguintes informações: data, hora, quantidade de água e nome da pessoa que fez o procedimento; • Recolher o material e descartar os resíduos conforme preconizado pela instituição; • Organizar o ambiente; • Fazer anotação de enfermagem. 		
Mensuração do selo d'água:	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos com água e sabão; • Lavar a bandeja com água e sabão e higienizá-la com álcool 70%; • Separar o material (frasco de água destilada de 500 mL, fita adesiva, caneta, Transofix); • Conferir o quarto/leito e o nome do paciente; • Explicar ao paciente/familiar o que será realizado; • Clampear o extensor do dreno de tórax; • Abrir e desprezar o conteúdo do frasco coletor, observando a quantidade e o aspecto do volume drenado; • Colocar água destilada no frasco coletor até assegurar a imersão de 2 cm da extremidade do dreno (aproximadamente 500 mL) e fechar a tampa com cuidado; • Proceder à identificação do volume do selo d'água com a fita adesiva na posição vertical, ao lado da graduação contida no frasco de drenagem; 		

- Retirar as luvas de procedimento e fazer a etiqueta de identificação do frasco (com data, hora, solução utilizada, volume contido e nome do profissional que executou o procedimento) e da régua de controle do volume do selo d'água, marcando o nível do líquido com um risco;
- Fixar o frasco no leito, evitando a formação de alças ou acotovelamentos da extensão, de modo a protegê-lo de quedas;
- Abrir o clampe da extensão do dreno de tórax;
- Organizar a unidade e os materiais utilizados;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação de enfermagem do procedimento executado.

Cuidados especiais:

- Manter o paciente em posição confortável;
- Manter o dreno em posição adequada, sem dobras;
- Colocar água para garantir o selo d'água;
- Colar uma tira de fita adesiva no frasco de drenagem, marcando o nível da água com um traço horizontal e anotando a data e hora da troca;
- Verificar se as conexões estão fixas e bem adaptadas;
- Realizar a troca do selo d'água a cada 24 h conforme preconizado na instituição;
- Clampear o extensor do dreno sempre que movimentar o paciente ou mudá-lo de posição;
- Manter o dreno de tórax sempre abaixo da linha de inserção da pele;
- Realizar a mensuração da drenagem conforme rotina da instituição;
- Não deixar o frasco do dreno de tórax diretamente no chão.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

MOTTA, A. L. C. **Normas, rotinas e técnicas de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Érica, 2020.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM	POP N.º: 24	DATA: 30/11/2021
		REVISÃO N.º: 2	
DENOMINAÇÃO:	Cuidados com traqueostomia metálica		
ELABORAÇÃO:	Alunos do 2.º ano do curso de graduação em Enfermagem – 2021		
DISCIPLINA:	Fundamentos Práticos do Cuidar		
ORIENTADOR:	Profa. Ma. Enfa. Luciana Ferreira Karsten		
Conceito:	<p>Traqueostomia é o procedimento cirúrgico que consiste na abertura da parede anterior da traqueia, comunicando-a com o meio externo e tornando a via aérea pérvia.</p> <p>É utilizada em situações em que existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória ou para fornecer uma via aérea estável em pacientes com intubação traqueal prolongada (grande parte dos pacientes com covid usam).</p>		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a higiene da cânula de traqueostomia, prevenindo infecções; • Manter a permeabilidade da via aérea, removendo o muco e as secreções incrustadas. 		
Material a ser utilizado:	<ul style="list-style-type: none"> • EPIs; • Cuba rim; • Soro fisiológico 0,9%; • Gazes estéreis; • Bandeja contendo pacote de curativos (1 pinça anatômica, 1 pinça dente de rato, 1 pinça Kocher ou Kelly, tesoura estéril); • Saco para lixo contaminado; • Cadarço ou fixador de traqueostomia; • Luvas de procedimento; • Sonda de aspiração número 12; • Flaconete de 10 mL de solução fisiológica 0,9% (SF 0,9% 10 mL); • Luvas estéreis; • Látex; • Máscara cirúrgica e óculos de proteção. 		
Responsável pela prescrição:	Médico e/ou enfermeiro		
Responsável pela execução:	Enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta		
Descrição técnica:	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão; • Lavar a bandeja com água e sabão e higienizá-la com álcool 70%; • Separar o material e organizá-lo na bandeja; • Orientar o paciente e/ou o familiar quanto ao procedimento; • Lavar novamente as mãos com água e sabão; • Colocar biombo, se necessário; • Calçar luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção; • Despejar o soro na cuba rim; • Colocar o saco para lixo em posição que permita desprezar o material contaminado gerado durante o procedimento, observando que essa localização não deve ser próxima do material estéril; • Abrir o pacote de curativos com técnica asséptica; • Antes de iniciar a limpeza da traqueostomia, realizar a aspiração dela de forma asséptica utilizando os seguintes materiais: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sonda de aspiração número 12; ◦ SF 0,9% 10 mL; ◦ Luvas estéreis; ◦ Óculos e máscara cirúrgica. 		

- Destruar a cânula interna/subcânula, removendo-a e prendendo-a na tesoura;
- Introduzir gaze umedecida com SF 0,9% na endocânula com auxílio da pinça do pacote de curativos (da parte proximal ou interna para a parte distal ou externa):
 - Repita esse procedimento até a gaze sair limpa;
 - Lembre-se de sempre desprezar a gaze suja.
- Higienizar a traqueostomia por fora;
- Secar a cânula com uma gaze e com o auxílio de uma pinça;
- Recolocar a cânula, limpar ao redor da traqueostomia e secar a área delicadamente com gaze;
- Fazer uma torunda com o auxílio das pinças do *kit* curativo e molhá-la com SF 0,9%, higienizando a pele em volta da ostomia;
- Retirar a fixação/cadarço anterior de um dos lados, segurando ao mesmo tempo a cânula;
- Introduzir a nova fixação/cadarço pelo orifício de fixação da cânula e passá-la ao redor da nuca do paciente;
- Retirar o outro lado da fixação/cadarço anterior, introduzir a nova fixação/cadarço nesse orifício e fixá-la;
- Fixar mantendo 1 cm de folga (1 dedo) e evitando apertar a fixação;
- Organizar o local, desprezar os materiais no expurgo e retirar as luvas;
- Higienizar as mãos e a bandeja.

Cuidados especiais:

- Realizar os registros necessários após os procedimentos;
- Manter o local em ordem;
- Se o paciente estiver em uso de oxigenioterapia, manter oximetria de pulso e observar sinais de esforço respiratório.

Referências:

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

OLIVEIRA, A. P. V. *et al.* Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2353>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

RICZ, H. M. A. *et al.* Traqueostomia. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 63-69, 2011.