



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

## TÉCNICA PARA VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA

### Temperatura: Axilar

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

### Termômetro: Artéria temporal

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

COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
501  
FIB  
M  
Rubrica

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

#### CUIDADOS

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

#### AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 08E
	<b>VERIFICAÇÃO DO PESO CORPOREO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

#### MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

#### CONCEITO

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

#### OBJETIVO

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

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem;  
Equipe médica.

#### MATERIAL

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

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

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



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

#### CUIDADOS

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

#### AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

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

#### MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

#### OBJETIVO

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

#### COMPETÊNCIA

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

#### MATERIAL

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

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

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

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

#### CUIDADOS

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

#### Ações em caso de não conformidades

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



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**



**OBJETIVO**

Auxiliar no diagnóstico e no tratamento de patologias urinárias.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- 01 tubo de coleta de urina;
- Comadre ou papagaio, se necessário;
- Etiquetas e identificação e caneta;
- Luvas de procedimento;
- Sabonete;
- Papel toalha.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Identificar o frasco de coleta com as iniciais do nome, etiqueta, data, horário;
- Puxe a cortina em torno do leito. Acompanhe a criança até o banheiro;
- Calce as luvas;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Remova a tampa do frasco estéril para a coleta de amostra e coloque a tampa com a parte interna voltada para cima sobre uma superfície limpa e de fácil acesso;
- Se um dos pais estiver ajudando ou a própria criança estiver fazendo a coleta, devem lavar as mãos e calçar as luvas;
- Limpe a abertura uretral da criança com água e sabão líquido, swab/gaze ou lenços antimicrobianos e descarte-os em um recipiente próximo. Deixe secar.
- Se possível, peça à criança que descarte o primeiro jato de urina no vaso sanitário ou na comadre. As amostras necessária para o exame de lactentes e crianças mais novas devem ser coletadas utilizando-se um saco coletor de urina.
- Deixe a criança urinar entre 10 e 20 ml de urina diretamente no frasco coletor estéril; a criança pode então terminar de urinar no vaso sanitário ou no coletor de urina.
- Coloque a tampa no frasco coletor. Evite tocar o interior da tampa ou do frasco. Limpe a parte externa do frasco.
- Ajude a criança a limpar a região do períneo depois de urinar, conforme a necessidade.
- Ajude a criança a retornar ao leito ou a outra atividade, após descartar as luvas e lavar as mãos.

85



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

**CUIDADOS**

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

**AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES**

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

Handwritten signatures and initials in blue ink.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**



**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

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

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

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

#### CUIDADOS

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

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

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

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

#### Ações em caso de não conformidades

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

*(Handwritten signatures and initials)*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 12E
	<b>PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBLINGUAL</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
Fis. 508  
M  
Rubrica

**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
 Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

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

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

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

#### CUIDADOS

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

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

#### Ações em caso de não conformidades

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

*(Handwritten signatures and initials)*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**



**OBJETIVO**

Preparar e administrar medicamentos por via nasal;  
Aliviar a congestão nasal;  
Facilitar a drenagem de secreções;  
Permitir respiração eficiente.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- 01 frasco de medicação prescrita;
- 01 conta-gotas;
- Toalha ou papel-toalha descartável;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Bandeja.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir prescrição médica;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Se necessário, faça higiene nasal com gaze embebida em solução fisiológica;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás;
- Retirar com o conta-gotas a dosagem da medicação prescrita;
- Instilar a medicação na parte superior da cavidade nasal, procurando não encostar o conta-gotas na mucosa;
- Continuar com a cabeça inclinada para trás por alguns segundos;
- Voltar à posição normal, se o cliente estiver lúcido, solicitar que inspire profundamente por 2 a 3 vezes;
- Recolher o material utilizado;
- Descartar as luvas e lavar as mãos;
- Registrar as anotações de enfermagem no prontuário de enfermagem.

**CUIDADOS**

- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro e anote no prontuário o motivo.
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento.

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

**Ações em caso de não conformidades**

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



 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 14E
	<b>PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

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

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

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



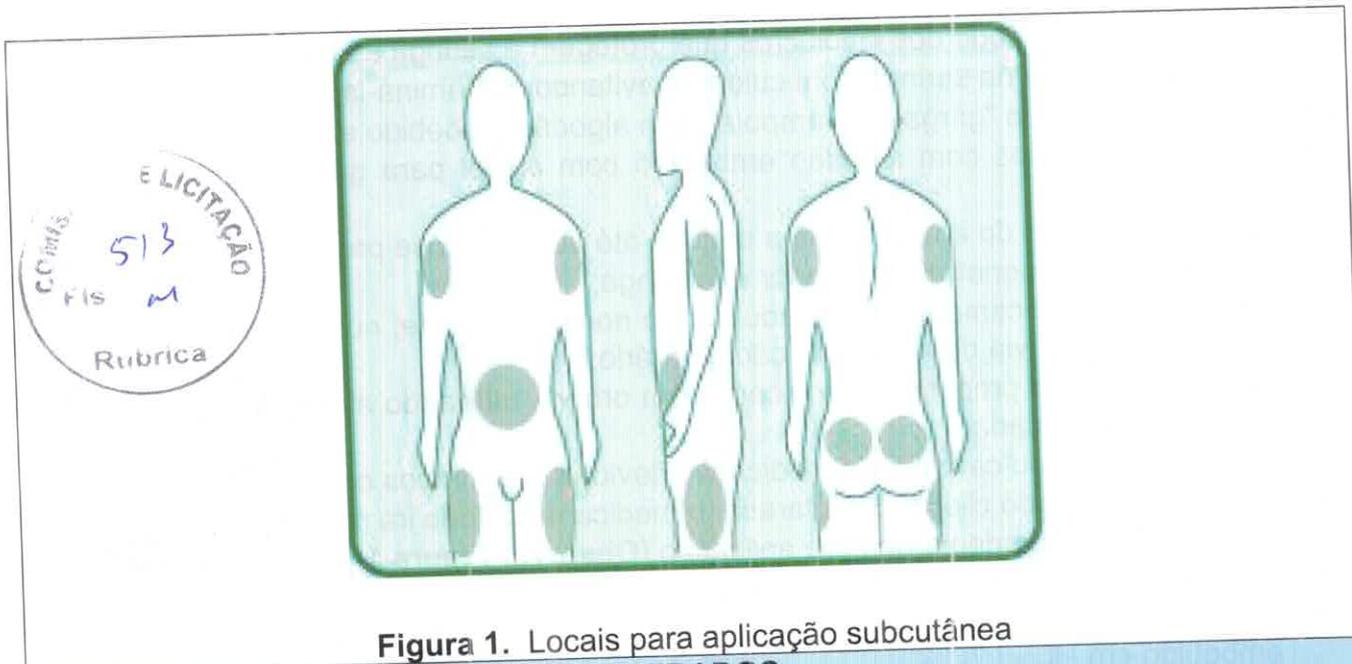


Figura 1. Locais para aplicação subcutânea

### CUIDADOS

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

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**Ações em caso de não conformidades**

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



COMISSÃO DE  
515  
FE M



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH003/2022

Rubrica

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

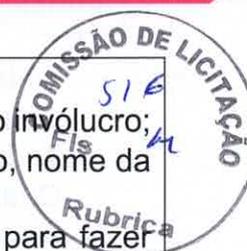
- 01 Seringa compatível com a medicação a ser administrada;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Agulha 25x7 ou 30x7;
- Medicamento prescrito;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Fita microporosa;
- Bandeja;
- Caneta;
- Fita crepe ou etiqueta;
- Biombo.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

*Handwritten signatures and initials*

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



### CUIDADOS

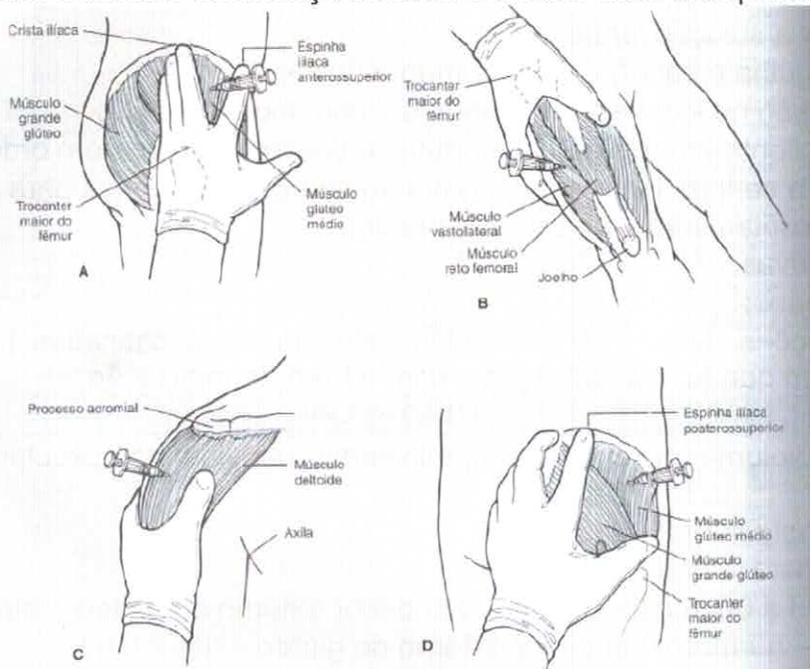
Atentar-se para o volume máximo a ser administrado por via intramuscular:

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

### Atenção:

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

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



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

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



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

**Ações em caso de não conformidades**

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

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

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

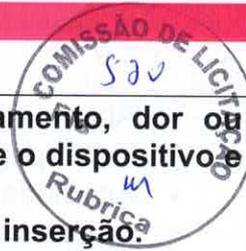
**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

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

#### CUIDADOS

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



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

**Permeabilidade:**

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

**Ações em caso de não conformidades**

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

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 16E
	<b>PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA RETAL</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

Preparar e administrar medicamento via retal;  
Estimular o peristaltismo intestinal;  
Aliviar a dor e eliminar muco e fezes.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- Medicamento prescrito;
- 01 Pacote de gazes;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- Biombo;
- Bandeja.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e conferir prescrição médica;
- Dirigir-se ao leito do cliente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Proteger o leito do cliente com o uso de biombos;
- Calçar as luvas;

COMISSÃO DE  
Fis  
M  
Rubrica

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

#### CUIDADOS

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

#### Ações em caso de não conformidades

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

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

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

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- 01 par de luvas estéreis

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

**PARA RETIRAR LUVAS**

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

103

- Lavar as mãos.

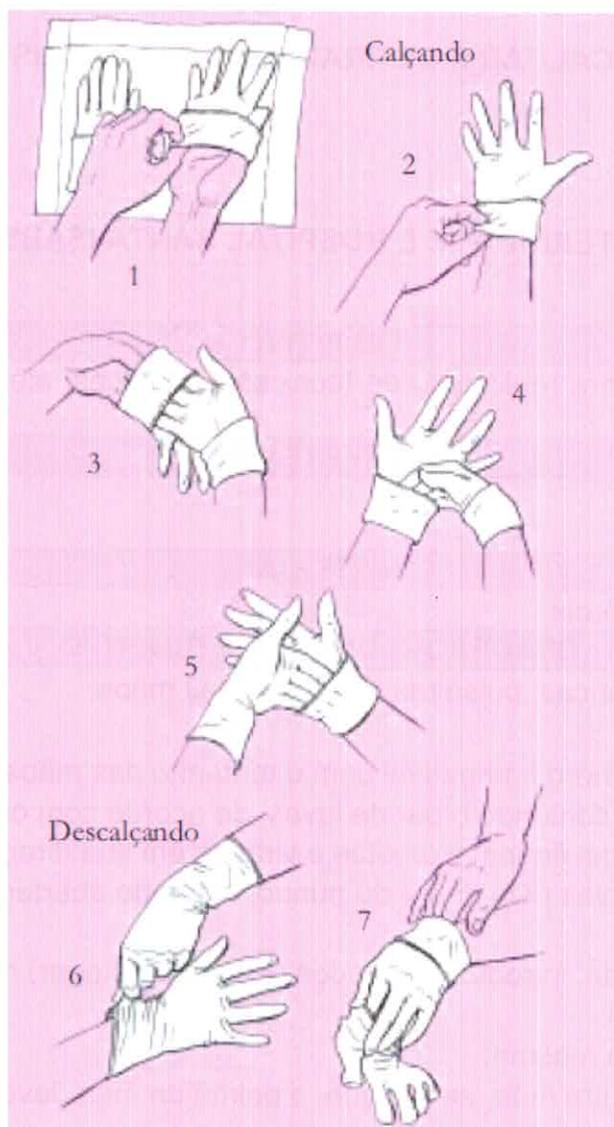


Figura 1: Procedimento de Calçar e Descalçar as Luvas Esteréis

#### CUIDADOS

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

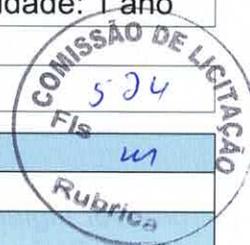
#### AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**



**OBJETIVO**

Auxiliar o cliente e proporcionar conforto.

**COMPETÊNCIA**

Auxiliares de enfermagem

**MATERIAL**

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

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

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

**AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES**

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



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

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

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

OBJETIVO
<i>Promover higiene e proteção da pele para profilaxia de infecções, proporcionar conforto e bem-estar do RN/ criança.</i>
COMPETÊNCIA
Auxiliares de enfermagem
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fralda adequada ao tamanho do RN/ criança;</li> <li>• Luvas de procedimento não estéril;</li> <li>• Algodão, pano ou lenços umedecidos (não alergênico e sem cheiro);</li> <li>• Toalha.</li> </ul>
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higienize as mãos;</li> <li>• Calçar luvas;</li> <li>• Posicionar o lactente/criança, em superfície limpa e firme.</li> <li>• Retirar a fralda suja;</li> <li>• Realizar a higienização do períneo, com pano ou algodão umedecidos em água morna;</li> <li>• Observe a área perineal do lactente/criança à procura de hiperemia, erupção ou escoriação;</li> <li>• Limpe a área do coto umbilical do recém nascido com água e sabão. Observe o umbigo à procura de hiperemia ou drenagem. Levante o coto umbilical e limpe a base; não umedeça o coto umbilical. Enxágue e seque a área. Deixe o local aberto, não aplique álcool ou antibióticos no coto umbilical;</li> <li>• Coloque uma nova fralda, dobrando a parte da frente para evitar irritação do cordão umbilical. Dobre a parte plástica para fora.</li> <li>• Jogue fora a fralda e os resíduos no recipiente adequado. Retire as luvas e lave as mãos.</li> <li>• Envolve o lactente/RN em um cobertor e coloque-o no berço com as grades laterais levantadas. Coloque a criança em uma posição segura no leito com as grades laterais elevadas.</li> <li>• Anotar no prontuário o procedimento realizado.</li> </ul>
CUIDADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não se afaste da criança durante o procedimento.</li> <li>- No sexo feminino realizar a higiene no sentido da vagina para o ânus, evitando infecção urinária.</li> </ul>
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES
Comunicar imediatamente o enfermeiro em caso de intercorrências

*Handwritten initials and signatures on the left margin.*

*Handwritten signatures and initials at the bottom left.*

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 20E 526
	<b>ATENDIMENTO EM CRISE CONVULSIVA</b>	Emissão: XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano



**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

OBJETIVO
Estabelecer procedimentos relativos ao atendimento de Enfermagem ao paciente com crise convulsiva.
COMPETÊNCIA
Equipe de enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares); Equipe médica.
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter de Oxigênio;</li> <li>• Água destilada;</li> <li>• Umidificador com extensão;</li> <li>• Rede de gases;</li> <li>• Luvas de Procedimento;</li> <li>• Cânula de Guedel;</li> <li>• Jelco (nº varia de acordo com o cliente);</li> <li>• Polifix;</li> <li>• Equipo macrogotas;</li> <li>• SF 0,9% 250 ml;</li> <li>• Glicosímetro;</li> <li>• Tira de glicosímetro;</li> <li>• Lanceta para glicosímetro.</li> </ul>
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar o cliente na sala de emergência;</li> <li>• Acionar o plantonista médico da unidade;</li> <li>• Calçar luvas de procedimento e EPIS;</li> <li>• Retirar adornos e próteses dentárias;</li> <li>• Colocar cânula de guedel, com a finalidade de facilitar a aspiração e prevenir trauma oral;</li> <li>• Realizar controle de SSVV;</li> <li>• Realizar teste de glicemia capilar;</li> <li>• Instalar cateter de O2 com umidificador seguindo a prescrição médica;</li> <li>• Manter a monitorização do paciente;</li> </ul>

- Não deixar o paciente sozinho na sala;
- Realizar punção venosa com Jelco/abocath com o calibre adequado para o perfil do cliente;
- Administrar medicação conforme prescrição médica;
- Manter grades elevadas e decúbito a 45°;
- Anotar valores de SSVV em impresso próprio e realizar a anotação de enfermagem sobre os cuidados prestados.

### CUIDADOS

- Atentar-se para novos episódios de crise convulsiva;
- Observar possíveis reações adversas ao anticonvulsivante;
- Aspirar vias aéreas e cavidade oral sempre que necessário;
- Anotar hora do início e duração da crise convulsiva.

## CRISE CONVULSIVA



Figura 1 : Atendimento básico a Crise Convulsiva

### AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADES

Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências

*(Assinaturas manuscritas)*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 21E
	<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano



**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária e coleta de material para exames.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros.

**MATERIAL**

- Biombo,
- Bandeja,
- Luva estéril,
- Luva de procedimento,
- Bolas de algodão estéril ou gaze estéril,
- Lidocaína gel 2%,
- Cateter uretral de acordo com a idade da criança e doença (nº 6 a 12),
- Kit cateterismo,
- Solução tópica ou aquosa de clorexidina a 0,2%,
- Cálice graduado ou saco coletor graduado,
- Solução degermante de clorexidina a 2%,
- Saco plástico para resíduos.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Confirme a criança e o procedimento a ser realizado.
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.
- Reúna o material e leve ao quarto da criança.
- Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Posicione a criança.
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidina degermante a 2%.
- Retire o material utilizado na higiene íntima.
- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas do campo estéril próxima à região glútea, usando técnica estéril.
- Coloque a clorexidina tópica ou aquosa a 0,2% no algodão/gazes.
- Abra o material descartável sobre o campo estéril e coloque a lidocaína gel na cúpula do kit cateterismo.
- Calce as luvas estéreis
- Visibilize o meato uretral.

109

- Faça a antisepsia do meato uretral, com clorexidina tópica ou aquosa a 0,2%, trocando o algodão/gaze em cada etapa.
- O uso do lubrificante (quantidade e forma de aplicação) deve ser definido pelo enfermeiro ou médico com base no sexo, idade, tamanho da criança e deformidades. No sexo feminino lubrifique a ponta do cateter urinário com a lidocaína gel 2%. No sexo masculino deve-se instilar a lidocaína na uretra.
- Introduza delicadamente o cateter na uretra, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Em cateterismo de alívio por retenção, mantenha o cateter drenando a urina na cuba rim. Para coleta de exames, despreze aproximadamente 5mL de urina e colete o material em frasco apropriado.
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente o cateter, realize higiene para remoção de resíduo do antisséptico e seque a região com algodão/gaze.
- Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo auxiliar e deixe a urina na cuba em local seguro para evitar derramamento.
- Calce as luvas de procedimento.
- Auxilie a criança a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.
- Deixe a criança confortável.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte em lixo infectante.
- Meça o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
- Despreze a urina.
- Retire as luvas, higienize as mãos e calce novas luvas de procedimento.
- Lave a bandeja e o cálice graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.
- Retire as luvas de procedimento e higienize as mãos.
- Cheque na prescrição médica. Anote o procedimento registrando a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

#### CUIDADOS

- Se houver resistência na introdução do cateter, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral da criança priorizando o menor calibre possível.
- Os cateteres mais utilizados em crianças são: nº 6 a 10.
- O anestésico para a lubrificação do cateter deve ser estéril e de uso único.

#### Ações em caso de não conformidades

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



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 22E
	<b>ELETROCARDIOGRAMA - ECG</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano



**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

Registrar atividade eletrofisiológica do coração

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- Eletrodos;
- Aparelho de ECG;
- Álcool 70%;
- Gel condutor;
- Gaze;
- Micropore.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

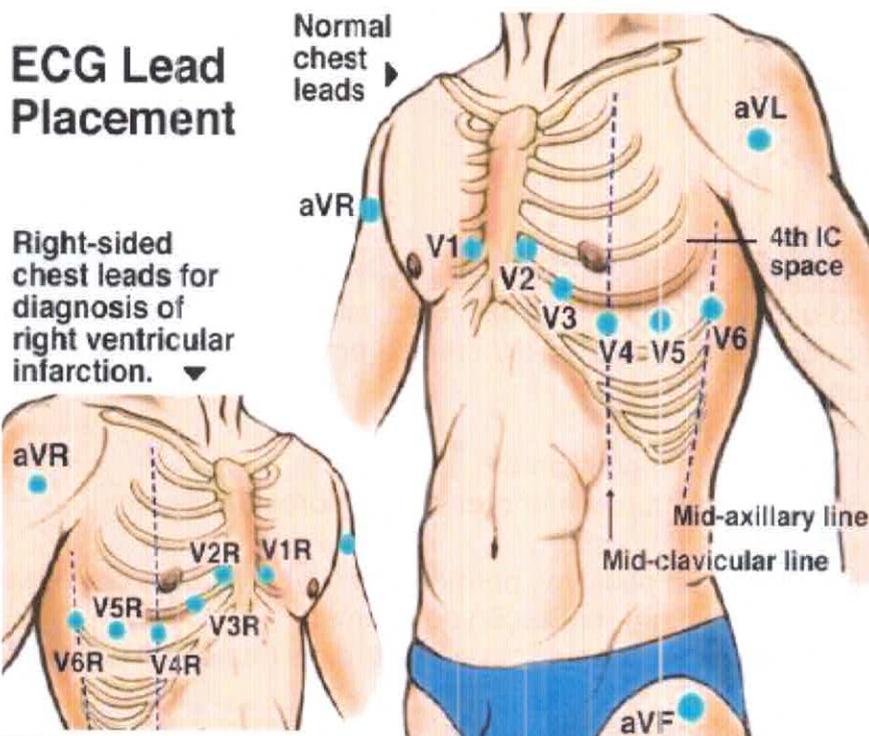
- Reunir todo o material e deixar próximo ao leito do RN/ criança;
- Posicionar confortavelmente o RN/ criança em decúbito dorsal e acalmá-lo antes do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao cliente;
- Expor o tórax e os membros inferiores e superiores do cliente;
- Manter a privacidade do cliente;
- Pedir para o cliente, se possível, permanecer tranquilo, sem conversar e evitar movimentações durante a realização do exame;
- Posicionar as derivações periféricas e precordiais de acordo com as instruções abaixo;
- Posicionar os eletrodos no tórax do cliente;
- Utilizar o gel condutor para posicionar as pás nos membros inferiores e superiores do cliente;
- Ligar o aparelho de ECG (eletrocardiógrafo);
- Colocar o papel milimetrado ou bobina adequadamente no aparelho;
- Prosseguir o exame;
- Finalizar o exame;
- Remover com papel toalha o gel condutor dos membros do cliente;
- Orientar e auxiliar o cliente a se vestir e cobrir as partes expostas para a realização do exame;
- Observar reações do cliente;
- Anotar no ECG, nome completo do cliente, data e hora;

111

- 531  
 w1  
 Ru.
- Encaminhar o exame o mais rápido possível para o médico avaliar e seguir conduta;
  - Deixar a sala em ordem;
  - Trocar o lençol da maca sempre que necessário;
  - Registrar anotação de enfermagem em prontuário.

### Derivações precordiais

- **V1** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à direita do esterno;
- **V2** – Localiza-se no quarto espaço intercostal à direita do coração e à esquerda do esterno;
- **V3** – Linha média entre V2 e V4;
- **V4** – Localiza-se no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular.
- **V5** – Linha axilar anterior, no 5º espaço intercostal E;
- **V6** – Linha axilar média, no 5º espaço intercostal E;



### Derivações Periféricas – Membros Superiores e Inferiores

Punho esquerdo (L) - AMARELO

Tornozelo esquerdo (F) - VERDE

Punho direito (R) - VERMELHO

Tornozelo direito - PRETO



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 23E
	<b>OXIGENOTERAPIA POR MASCARA DE INALAÇÃO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano



**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

OBJETIVO
Promover terapia medicamentosa adequada; Fluidificar secreções; Oferecer aporte de oxigênio.
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máscara inalatória desinfetada ou esterilizada;</li> <li>• Extensões para ar comprimido ou oxigênio;</li> <li>• Rede de oxigênio ou ar comprimido;</li> <li>• Fluxômetro calibrado;</li> <li>• Soro fisiológico ou água destilada, conforme prescrição médica.</li> <li>• Medicamento, conforme prescrição médica.</li> </ul>
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber o cliente cordialmente e acomodá-lo de forma confortável nas cadeiras disponíveis na sala;</li> <li>• Lavar as mãos;</li> <li>• Checar o nome do paciente;</li> <li>• Reunir material (inalador, medicação e/ou soro, extensão ligada em fonte de ar comprimido ou de oxigênio)</li> <li>• Preparar as medicações (inalação) de forma asséptica;</li> <li>• Conectar o fluxômetro de ar comprimido e oxigênio adequadamente e testar o funcionamento do sistema;</li> <li>• Orientar o cliente e acompanhante quanto ao procedimento e medicamento que será realizado;</li> <li>• Orientar o cliente, quando possível, para que o mesmo inspire profundamente durante a inalação;</li> <li>• Observar reações do cliente;</li> <li>• Realizar anotações de enfermagem em prontuário;</li> <li>• Checar medicações na ficha de atendimento do cliente;</li> <li>• Ao final do plantão, encaminhar as máscaras e extensões para a Central de Material e Esterilização (CME) na área suja;</li> <li>• Passar plantão com a sala em ordem.</li> </ul>
CUIDADOS

113

- Sempre que necessário higienizar as narinas do RN/criança com S.F. 0,9% antes de iniciar a inalação;
- Atentar-se para possíveis reações adversas durante a inalação.
- Avaliar lesões de pele e avaliar padrão respiratório do paciente.
- Observar uso de oxigênio, pois somente poderá ser administrado mediante prescrição médica.
- O fluxo de ar comprimido deve ser sempre de 5 a 6l/min.

Atenção:

- Bromidrato de Fenoterol – Berotec;
- Brometo de Ipatrópio – Atrovent;

**Ações em caso de não conformidades**

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

*[Handwritten signatures]*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 24E
	<b>RETIRADA DE PONTOS</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

- Tesoura de Íris
- Gazes (estéril)
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
- Luvas de Procedimento
- Soro Fisiológico 0,9%
- Avental

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Orientar o cliente sobre o procedimento;  
Lavar as mãos  
Preparar o material (Abrir pacote de retirada de pinto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)  
Lavar as mãos  
Expor a área  
Realizar antisepsia do local de retirada dos pontos (Umedecer a gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza do local, a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada); se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora);  
Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante  
Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;  
Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo leitoso;  
Fazer leve compressão no local com gaze seca  
Desprezar o material utilizado em local apropriado  
Retirar EPI e lavar as mãos  
Registrar o procedimento no prontuário

**CUIDADOS**

Observar presença de sinais flogísticos comunicado o enfermeiro

**Ações em caso de não conformidades**

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

115

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 25E
	<b>CURATIVOS EM FERIDAS</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

OBJETIVO
Limpeza das lesões de modo que possa facilitar a avaliação detalhada da ferida com vista à diminuição de riscos de infecção proporcionando assim um melhor processo de cicatrização
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
1 pacote de curativo estéril 2. Luvas de procedimento ou estéril (exposição de tecidos nobres) depende da técnica a ser utilizada 3. Gazes estéreis 4. Esparadrapo ou Micropore 5. Soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%) morno de 125 ou 250 ml (aquecido em caixa de luz ou forno de micro-ondas exclusivo para essa finalidade) 6. Agulha 40x12 7. Coberturas padronizados pela SMS -SP <b>Acrescentar se necessário:</b> a. 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena b. 1 Bacia ou cuba estéril c. Ataduras de crepe d. Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril e. Luvas estéreis e de procedimento
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente; Explicar ao cliente o que será realizado; Garantir a privacidade do cliente; Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada; Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica; Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril; Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril; Calçar as luvas Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12; Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada da cobertura secundária;

Remover o curativo primário;  
Desprezar essas luvas;  
Calçar novas luvas;  
Realizar a limpeza da ferida;  
Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;  
Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;  
Retirar as luvas;  
Lavar as mãos;  
Anotar na ficha de enfermagem (evolução diária).  
Orientar retorno do cliente, se necessário.



#### CUIDADOS

Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida  
Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária  
A troca do curativo será prescrita de acordo com a avaliação da ferida e o tipo de cobertura utilizada  
Proceder à desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após a execução de cada curativo, com álcool a 70%  
Após cada curativo, encaminhar o material usado ao expurgo da unidade  
O lixo deverá estar próximo do local onde realiza o procedimento para o descarte da sujeira de forma que você não necessite manipulá-la durante o mesmo

#### Ações em caso de não conformidades

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

COMISSÃO DE  
537  
Fiz M  
Rubrica



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH003/2022

 INSTITUTO <b>Rosa Branca</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 26E
	<b>TESTE DE GRAVIDEZ URINÁRIO</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

OBJETIVO
Exame mais comumente feito com a finalidade de detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião. Geralmente realizado após o 10º. dia de atraso menstrual para detectar a gravidez (seguir orientação do fabricante do teste). Para realização do exame a mulher não deve estar apresentando sangramento, nem utilizando pomadas ou cremes vaginais.
COMPETÊNCIA
Enfermeiros; Auxiliares de enfermagem.
MATERIAL
Frasco coletor Etiqueta ou fita para identificação Kit de teste para gravidez ou tira reagente Impresso próprio para anotações Prontuário do cliente
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
Receber a cliente Indagar sobre o período de amenorreia (não menos de 10 dias) Encaminhar ao sanitário -> Garantir sua privacidade ou orientar para colher em casa Oferecer o frasco de coleta que deve ser identificado Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio Orientar a cliente: Realizar higiene, desprezar o primeiro e o último jato e coletar dois dedos de urina (observar não contaminar a parte externa do frasco) Receber o material e proceder à realização do exame (deve estar em local apropriado) Seguir as instruções do fabricante para interpretar o resultado Após o exame o resultado positivo ou negativo, deverá ser orientado segundo o Manual - SMS Registrar em prontuário -> Indicar atraso menstrual DUM Anotar a produção Manter o frasco refrigerado (2º-8ºC) Pode ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, desde que não tenha ingerido muito líquido e tenha um intervalo de no mínimo 3 horas da ultima micção.
Ações em caso de não conformidades
Comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico em caso de intercorrências.

*(Handwritten signatures)*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	 Código: 27E 538 Emissão: Fis XXXXXX Revisão: XXXXXX Validade: 1 ano
	<b>TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL</b>	

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

**OBJETIVO**

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação, previne a desidratação e os seus agravos.

É realizada com os sais de reidratação oral (SRO) comercializado no mercado e distribuído na nossa rede.

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros;  
Auxiliares de enfermagem.

**MATERIAL**

Envelope de Soro de Reidratação Oral - SRO  
Água filtrada ou fervida (fria);  
Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)  
Copo descartável;  
Colher de plástico cabo longo  
Colher de sopa ou de chá (copinho)  
Balança adulto e infantil

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Pesar a criança no início da TRO e a cada hora

Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água

Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas.

A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar.

Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente

Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior);

Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação (**enfermeiro**)

Orientar a mãe a introduzir a dieta o mais breve possível (**enfermeiro**).

**Registro:** Anotar o procedimento e a evolução no prontuário

**Alta:** Pós avaliação médica. **O enfermeiro só poderá dar alta nos casos leves**

**CUIDADOS**

A criança poderá receber o SRO no volume de 50 a 100 ml por quilograma de peso, por um período máximo de 4 a 6h -

Não apresentando melhora (Vômito /diarreia), solicitar a avaliação médica.

**Ações em caso de não conformidades**

119

COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
539  
Fls  
M

 INSTITUTO Rosa Branca	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Código: 29E
	<b>COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA</b>	Emissão: XXXXXX
		Revisão: XXXXXX
		Validade: 1 ano

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

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

**OBJETIVO**

Coleta de material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar a presença de lesões neoplásicas ou pré neoplásicas podendo ter encontrado alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros).

**COMPETÊNCIA**

Enfermeiros

**MATERIAL**

Espátula de Ayres  
Escova endocervical  
Especulos: P, M e G  
Lâmina com uma extremidade fosca (para identificação)  
Fixador citológico  
Gazes esterilizadas  
Soro fisiológico 0,9%, ou água destilada  
Formulário de requisição e de remessa de exames  
Livro de registro

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Conferir dados do prontuário identificando a cliente.  
Criar um ambiente acolhedor para receber a cliente. Respeitar a privacidade;  
Realizar uma entrevista para preencher a ficha padronizada para coleta estabelecida pela instituição. Indicar situações específicas (gestação, virgindade);  
Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, avaliação e orientação de enfermagem e retorno. Se possível, anotar resultado do papa anterior;  
Descrever para a mulher como será realizada a coleta de exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espelho, escova, espátula e lâmina), realizar a técnica do autoexame das mamas -> No caso do enfermeiro, realizar o exame das mamas;  
Solicitar para a cliente esvaziar bexiga;  
Encaminhar ao Sanitário -> Garantir sua privacidade;  
Orientar a despir-se da cintura para baixo, auxiliá-la deitar, cobrir com lençol e orientar a posição ginecológica;  
Escolher o número de espelho de acordo com o tamanho da cliente;  
Lavar as mãos;