



**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL**

**1ª edição
2024-2026
Sabáudia
Setembro de 2024**

PREFEITO

Moises Soares Ribeiro

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Liliane Cristina da Silva

COORDENADORA DE ATENÇÃO BÁSICA

Barbara Aparecida Dobiesz

UNIDADES

UBS Antonio Valério

UBS Hermelinda Manoeira Salvador

UBS Tatiane Salvador

UBS Bom Progresso

ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS

Deverson William de Oliveira

Bárbara Aparecida Dobiesz

Data da última edição:

14/05/2024

Sumário

I. APRESENTAÇÃO	5
POP Nº 01 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA: Admissão do Paciente	6
POP Nº 02- UNIDADE DE ASSISTÊNCIA: Anotação de Enfermagem.....	13
POP Nº 03 - Segurança do Paciente: Precaução Padrão	18
POP Nº 04 - Segurança do Paciente: Precaução de Contato por Gotículas.....	22
POP Nº 05 - Segurança do Paciente: Precauções Respiratórias por Aerossóis.....	24
POP Nº 06- Saúde ocupacional: Cuidados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	26
POP Nº 07 - Segurança do Paciente: Conduta Frente a Pacientes com Suspeita de colonização ou infecção por MR	28
POP Nº 08 - Saúde Ocupacional: Rotina para uso do jaleco (pessoal)	29
POP Nº 09 - Central de Material: Limpeza e Desinfecção de Equipamentos.....	30
POP Nº 10 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação.....	38
POP Nº 11 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via ocular ..	39
POP Nº 12 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via nasal ...	41
POP Nº 13 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via auricular	43
POP Nº 14 - Segurança do paciente: Administração de Medicação por via oral ou sublingual	44
POP Nº 15- Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via gástrica	46
POP Nº 16 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via retal	48
POP Nº 17 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via vaginal.	50
POP Nº 18 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via tópica ou cutânea	53
POP Nº 19 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via intramuscular.....	55
POP Nº 20 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via subcutânea	58
POP Nº 21 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via endovenosa.....	61
POP Nº 22 - Segurança do Paciente: Retirada da Venóclise.....	64
POP Nº 23 - Segurança do Paciente: Verificação de Sinais Vitais	65


POP Nº 24 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais- Pressão Arterial (PA)	66
POP Nº 25 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Pulso (P).....	71
POP Nº 26 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Temperatura (Tp)	74
POP Nº 27 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Frequência Respiratória (Fr)	76
POP Nº 28 - Segurança do Paciente: Controle de Peso Corpóreo	79
POP Nº 29 - Unidade de Assistência: Colocar e Retirar a Comadre.....	80
POP Nº 30 - Unidade de Assistência: Colocar e Retirar o Papagaio	82
POP Nº 31 - Unidade de Assistência: Higiene Ocular.....	83
POP Nº 32 - Segurança do Paciente: Curativo	94
POP Nº 33 - Urgência e Emergência: Curativo em Dreno de Tórax	97
POP Nº 34 - Unidade de Assistência: Retirada de Pontos.....	99
POP Nº 35 - Unidade de Assistência/Nutrição: Sondagem Nasogástrica	100
POP Nº 36 Unidade de Assistência/Nutrição: Retirada da Sonda Nasogástrica....	102
POP Nº 37 - Unidade de Assistência: Cateterismo Vesical.....	104
POP Nº 38 - Unidade de Assistência: Sondagem Vesical de Alívio	109
POP Nº 39 - Unidade de Assistência: Retirada de Sonda Vesical	113
POP Nº 40 - Unidade de Assistência: Clister e Enema	115
POP Nº 41 - Unidade de Assistência: Glicemia Capilar	118
POP Nº 42 - Unidade de Assistência: Aplicação de Insulina.....	120
POP Nº 43 - Unidade de Assistência: Realização de ECG	121
POP Nº 44- Unidade de Assistência: Técnica de Aplicação de Frio	123
POP Nº 45 - Urgência e Emergência: Oxigenoterapia	125
POP Nº 46- Unidade de Assistência: Inalação	128
POP Nº 47 - Unidade de Assistência: Aspiração Nasotraqueal e Orofaríngea	130
POP Nº 48- Segurança do Paciente: Aspiração de Paciente Traqueostomizado ..	132
POP Nº 49- Unidade de Assistência: Curativo em Traqueostomia	134
POP Nº 50 - Unidade de Assistência: Técnica para Desinfecção de Cânulas de Traqueostomia Metálica Interna	136
POP Nº 51 - Unidade de Assistência: Restrição no Leito.....	138
POP Nº 52 - Controle da Temperatura do Refrigerador	140

POP Nº 53 - Saúde Ocupacional: Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde	141
POP Nº 54 - Saúde Ocupacional: Fluxo de Atendimento e conduta acidente com exposição a material biológico	144
POP Nº 55 - Unidade de Assistência: Declaração de óbito (D.O)	147
POP Nº 56 - Urgência e Emergência: Padronização do Carrinho de Emergência ..	149
POP Nº 57- Urgência e Emergência: Limpeza e Desinfecção do Laringoscópio	157
POP Nº 58 - Urgência e Emergência: Limpeza e Desinfecção do Carro de Emergência	160
POP Nº 59 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Diagnóstico preliminar Exame das pupilas	162
POP Nº 60 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Sala de medicação fluxo e rotina.....	164
POP Nº 61 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DOR TORÁCICA DE ORIGEM ISQUÊMICA	166
POP Nº 62- Central de Material: CENTRAL DE MATERIAL INDICADORES	174
POP Nº 63 - CENTRAL DE MATERIAL: PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NO EXPURGO DA CME	178
POP Nº 64- Central de Material: Limpeza da Secadora.....	181
POP Nº 64- Segurança do Paciente: Teste de Selagem.....	183
POP Nº 65 - Segurança do Paciente: ROTINA DE RECEBIMENTO DE PLANTÃO NO EXPURGO	186
POP Nº 66 - Central de Material: LIMPEZA MANUAL DE MATERIAL CANULADO	189
POP Nº 67 - Central de Material: LIMPEZA E CONTROLE DE ESCOVAS E ESPONJAS	191
POP Nº 68 - Central de Material: LIMPEZA SEMANAL DA AUTOCLAVE.....	193
POP Nº 69 - Central de Material: PRÉ-LAVAGEM DE INSTRUMENTAIS.....	195
POP Nº 70- SEGURANÇA DO PACIENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	197
POP Nº 71- SEGURANÇA DO PACIENTE: Classificação de Risco	199
POP Nº 72- SAÚDE OCUPACIONAL: Notificação Compulsória.....	208
POP Nº 73 - Segurança do Paciente: Prevenção da Queda.....	213
POP Nº 74- Segurança do Paciente: Administração de Medicamentos.....	216
POP Nº 75- Segurança do Paciente: Prevenção de Úlcera de Lesão por Pressão (LPP)	219
POP Nº 76 - LIMPEZA E ZELADORIA: LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE	228

I. APRESENTAÇÃO

O POP (Procedimentos Operacionais Padrão), vem com o propósito de padronizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada ao usuário, além de fornecer subsídios para implementação desta assistência nas Unidades Básicas de Saúde deste município. Deverá ser utilizado pelos profissionais que atuam na rede para consulta, buscado a melhor forma de executar os procedimentos do cotidiano na assistência.

Ele é um documento relacionado aos gerenciamentos dos processos de trabalho das unidades de saúde e são escritos de forma clara e objetiva, que estabelecem instruções sequenciais para a realização de ações rotineiras e específicas e visam a garantia da uniformidade, eficiência e coordenação efetiva de atividades realizadas. Busca-se através destes, melhorar a qualidade do atendimento prestado em nossas Unidades de Saúde, visando oferecer ao cidadão um atendimento de qualidade e excelência, que é o nosso maior objetivo.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Admissão do Paciente	Elaborado: MAIO/2024 Revisado: MAIO/2026
<p>Objetivo: Anotar todos os dados do paciente visando identificar a maneira como o paciente chegou até o hospital.</p>		
<p>Conceito:</p> <p>Mobiliza diversos setores e serviços do hospital;</p> <p>Leva ao afastamento temporário das atividades diárias e relações familiares, gerando medo e insegurança;</p> <p>Medo do desconhecido;</p> <p>Deve ser feita pela enfermeira, auxiliar ou técnica de enfermagem do setor, que terá condições de melhor avaliar o paciente recém-admitido e tentar adequar os hábitos do paciente e da rotina da instituição de saúde.</p>		
<p>Responsabilidades:</p> <p>Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		
<p>Procedimentos Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao chegar ao hospital o paciente/acompanhante, irá ser recepcionado pela recepção do pronto socorro (PS), consultório ou sala de triagem; • A equipe de enfermagem encaminhará o paciente para o leito quando necessário; • O funcionário do setor (auxiliar, técnico de enfermagem) arrumará sua acomodação; • O funcionário irá buscar o paciente conforme suas necessidades, cadeira de rodas, maca ou deambulando; • Receberá do setor de triagem; • Receber o paciente com gentileza chamando-o pelo nome; • Certificar-se e cheque o nome do paciente. • Verificar sinais vitais, questionar a respeito de: alergias, medicamentos que faz uso, comorbidades e queixas; • Observar se o paciente apresenta alguma anormalidade enquanto verifica os sinais vitais; • Anotar com quem veio e como (deambulando, maca, ou cadeira de rodas); • Anotar o nível de consciência; • Queixas do paciente; 		

O que está apresentando no momento de forma visível e clara.

Materiais:

Caneta de cor azul e vermelha;
Termômetro;
Esfigmomanômetro;
Estetoscópio;
Prancheta;
Prescrição de enfermagem;

Referências

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Livroto sobre Anotações de Enfermagem. Junho 2009, p.5.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Rev. Eletrônica Enferm. [internet]. 2006;8(3):415-21. [citado junho de 2015] Disponível em: http://www.fenufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 02 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA: Anotação de Enfermagem



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Anotação de Enfermagem

Elaborado: MAIO/2024

Revisado: MAIO/2026

Objetivo: Fornecer dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Conceito:

A anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, estrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico, pupilas isocóricas, etc., visto que para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

Em resumo, as Anotações de Enfermagem são registros de:

- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e Sintomas – incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas; e respostas dos pacientes às ações realizadas.

O enfermeiro deve adotar estratégias para desenvolver, na equipe, habilidades que garantam excelência das Anotações de Enfermagem, assegurando uma assistência eficaz e isenta de riscos e danos ao paciente.

O Que Anotar

As anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com os dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

Admissão:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
 - Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.)
 - Presença de acompanhante ou responsável;
 - Condições de higiene;
 - Queixas relacionadas ao motivo da internação;
 - Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
 - Orientações prestadas.
- Poderão ser inclusos dados padronizados na instituição ou informações coletadas de acordo com orientações.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
 - Tempo de jejum;
 - Orientações prestadas;
 - Esvaziamento de bexiga;
 - Administração de pré-anestésico;
 - Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.
- O registro de antecedentes alérgicos poderá ser incluso nesta anotação, conforme prescrição ou rotina institucional.

Pós-operatório:

- Posicionamento no leito e instalação de equipamentos (monitores, grades no leito, etc.);
- Sinais e sintomas observados (cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, etc.);
- Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional;
- Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional (sondas, acesso venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.

Transferência de unidade/setor:

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições (maca, cadeira de rodas);
- Queixas.

Alta:

- Data e horário;
 - Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
 - Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
 - Orientações prestadas.
- Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;
- Data e horário;

- Identificação do médico que constatou;
- Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, etc.);
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.).

Importante lembrar que todos os procedimentos e/ou cuidados prestados ao paciente, que devem ser registrados nas Anotações de Enfermagem, quando realizados por profissionais de nível médio de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), deverão ser prescritos por profissionais habilitados e capacitados (enfermeiro/médico).

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, IRC, dieta por sonda);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (cirurgia ou exames, prescrição médica);
- Necessidade de auxílio ou não;
- Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
- Sinais e sintomas apresentados.

Observação: no caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc.).

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, via uripen, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

Evacuações:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);
- Queixas.

Para anotações diurnas o Horário é: 07:00 as 18:59

Para anotações noturnas o horário é: 19:00 as 06:59

Usar caneta Azul durante o dia e caneta Vermelha para a Noite.

Quando um medicamento ou cuidado for suspenso ou o paciente recusou “Circular em Azul”, e anotar no plano de enfermagem.

Materiais:

Caneta de cor azul e vermelha;
Termômetro;
Esfigmomanômetro;
Estetoscópio;
Prancheta;
Prescrição de enfermagem;

Referências


CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Livreto sobre Anotações de Enfermagem. Junho 2009, p. 5.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Rev. Eletrônica Enferm. [internet]. 2006;8(3):415-21. [citado junho de 2015] Disponível em: http://www.fenufq.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

	<h2>Procedimento Operacional Padrão (POP)</h2>	
	<h3>Precaução Padrão</h3>	<p>Elaborado em: Jan/2024</p> <p>Revisado em: Abril/2026</p>
<p>Objetivo: Aplicar em todas as situações de atendimento a pacientes, independente de suspeita de doença transmissível, para prevenir a transmissão de microrganismos inclusive quando a fonte é desconhecida.</p>		
<p>Conceito:</p> <p>A precaução padrão também conhecida como precaução universal, são medidas de proteção que devem ser adotadas pelos profissionais de enfermagem em seu campo de atuação com o cliente/paciente.</p>		
<p>Responsabilidades:</p> <p>Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem, serviços gerais.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <p>Lavar as mãos, antes e após o contato com qualquer cliente/paciente ou material utilizado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de luvas de procedimento, quando entrar em contato com qualquer fluido ou exsudato (secreção); • Máscara e óculos de proteção devem ser utilizados durante os procedimentos em que possam ocorrer respingos de gotas de sangue ou de fluídos orgânicos, prevenindo a exposição de mucosas na boca, nariz e olhos; • Aventais devem ser utilizados nos procedimentos que respingam sangue ou fluídos orgânicos, contaminando a roupa; • Os profissionais da área da saúde devem tomar medidas preventivas para evitar acidentes, ao manusear e desprezar pérfuro-cortantes como agulhas, instrumentos ou qualquer outro material cortante. 		

Materiais:

Sequência de paramentação:

1) Avental



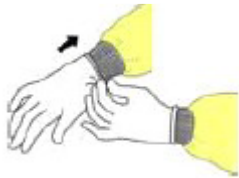
2) Máscara



3) Óculos de proteção

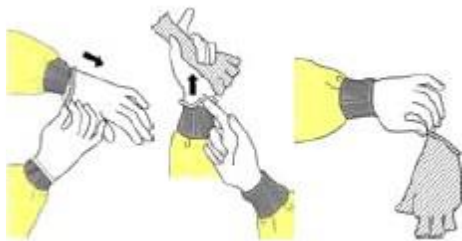


4) Luvas



Sequência de retirada da paramentação:

1) Luvas



2) Óculos



3) Máscaras



4) Avental



PRECAUÇÕES PADRÃO

Aplique para todos os pacientes



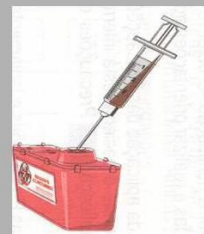
**Antes e após contato
com o paciente**



**Ao contato com
sangue e secreções**



**Se risco
de respingos**



**Descarte
adequado**

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Doenças: Coqueluche, difteria, streptococos pneumoniae, nisseria meningitides e caxumba.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Precaução de Contato

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Visam prevenir a disseminação de doenças e infecções de transmissão por contato.

Obs.: Também se destinam nas situações de suspeita ou confirmação de doença ou colonização por microrganismos multirresistentes.

Conceito:

Indicadas para reduzir o risco de transmissão de patógenos epidemiologicamente importantes através de contato direto ou indireto, com o paciente e objetos.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

1) Quarto Privativo:

- Individual, ou comum para pacientes portadores do mesmo microrganismo com perfil de sensibilidade idêntico.

2) Luvas:

- Uso obrigatório para qualquer contato com o paciente ou seu leito;
- Trocar as luvas entre procedimentos diferentes no mesmo paciente;
- Descartar as luvas no próprio quarto e lavar as mãos imediatamente, com antisséptico, degermante, na falta deste usar sabão líquido.

3) Avental:

- Usar sempre que houver possibilidade de contato das roupas do profissional com o paciente, com seu leito ou com material infectante;
- Se o paciente apresentar diarreia, ileostomia, colostomia ou ferida com secreção não contida por curativo o avental passa a ser obrigatório ao entrar no quarto;
- Cada profissional deve utilizar um avental individual descartável para cada paciente em isolamento identificado com seu nome, que será dispensado ao final do plantão, ou antes, se houver sujeira visível;
- Na impossibilidade da utilização do avental descartável, os aventais de tecido para uso comum (coletivo) deverão ser substituídos ao final de cada plantão, ou antes, nos casos em que houver sujeira visível;
- Os aventais deverão ficar disponíveis no cabideiro na antecâmara dos quartos de isolamento, ou na falta desta, dentro do quarto de isolamento próximo a porta de entrada;

4) Artigos e equipamentos:

- São todos de uso exclusivo para o paciente, incluindo termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro;
- Devem ser limpos diariamente e desinfetados (ou esterilizados) após a alta;

5) Transporte do Paciente:

- Deve ser evitado;
- Quando for necessário o transporte, o profissional deverá seguir as precauções de contato durante todo o trajeto, para qualquer contato com o paciente.

Materiais:

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

EPI'S

Use luvas e avental durante toda a manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Doença: gastroenterites, escabiose, impetigo, pediculose e hepatite A.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Precaução de Contato por Gotículas

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Visam prevenir a disseminação de infecções de transmissão respiratória por gotículas.

Conceito:

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho considerado grande (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse, e procedimentos como aspiração. Atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- E obrigatório o uso de máscara comum (tipo cirúrgica) para todas as pessoas que entrarem no quarto e deve ser desprezada na saída do quarto;
- Deve ser evitado o transporte. Quando for necessário, o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum (tipo cirúrgica).

PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS

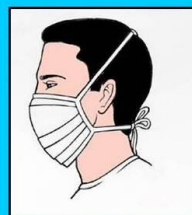


Quarto Privativo



Profissional

Uso de máscara comum
pelo profissional no quarto



Paciente

Uso de máscara comum
pelo paciente no transporte

Solicite orientação da enfermagem

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR


Doença: aspergilose, tuberculose, sarampo e varicela.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Precauções Respiratórias por Aerossóis	Elaborado em: Jan/2024
		Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Visam prevenir a disseminação de infecções de transmissão respiratória por aerossóis.

Conceito:

Partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse, espirro ou procedimentos, partículas de tamanho pequeno (<5 micras) quando ressecadas permanecem suspensas no ar, podendo permanecer por horas podem atingir outros ambientes, pois podem ser carregadas por correntes de ar. Exemplos: *M. tuberculosis*, Sarampo e Varicela.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

1) Quarto Privativo:

- Obrigatório, com porta fechada;
- Preferencialmente deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e filtro de alta eficácia.

2) Máscara:

- É obrigatório o uso de máscara N95 por todo profissional que prestar assistência ao paciente;
- Deve ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída, podendo ser reaproveitada pelo mesmo profissional enquanto não estiver danificada.

3) Transporte do Paciente:

- Deve ser evitado;
- Quando for necessário, o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum (tipo cirúrgica).

PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS

		
Quarto Privativo com porta fechada	Profissional	Paciente
	Uso de máscara N-95 pelo profissional no quarto	Uso de máscara comum pelo paciente no transporte

Solicite orientação da enfermagem

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Doença: tuberculose pulmonar, sarampo, varicela zoster e SARG.

Materiais:

- Máscara N95;
- Luvas de procedimento;

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 06- Saúde ocupacional: Cuidados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Cuidados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Conceito:

Avental: cada profissional deve usar um avental individual, que deve ser substituído no final de cada plantão, ou antes, se houver caso de sujidade visível. Os aventais deverão ficar disponíveis no cabideiro na antecâmara dos quartos de isolamento, ou na falta desta, dentro do quarto de isolamento próximo a porta de entrada.

É proibido circular pelos corredores do hospital usando avental e EPIs, utilizados em pacientes isolados em quartos.

Luvas: todas as luvas são descartáveis e devem ser jogadas no resíduo infectante.

Óculos: os óculos devem ser encaminhados para a central de material, para que seja realizada a desinfecção dos mesmos.

Máscara cirúrgica: são descartáveis e devem ser desprezadas no resíduo comum.

Máscara N95: Não são descartáveis e seu uso é individual;

Cada profissional é responsável pela correta utilização e armazenamento da sua máscara.

Prazos programados ou previstos para validade das máscaras em utilização são de 07 dias.

A máscara poderá ser utilizada enquanto não estiver úmida, rasgada, e o profissional estiver conseguindo respirar sem dificuldades.

Só devem ser utilizadas quando houver indicação para precaução por aerossóis.


A liberação das máscaras é feita pela chefia de enfermagem, para que a farmácia possa fornecer as máscaras.

Referência

RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012

Elaborado por deverson

Revisado por barbara

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Conduta Frente a Pacientes com Suspeita de colonização ou infecção por MR	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026

Existem algumas situações onde há a suspeita do paciente ser colonizado ou infectado por microrganismo multirresistente, e nessas situações deve-se colher cultura de vigilância ou cultura microbiológica de materiais clínicos, devendo os pacientes permanecerem sob precaução de contato até a liberação do resultado.

Procedimento Técnico

Na suspeita da presença de microrganismo multirresistente deve-se colher no mínimo swab retal

Manter todos os pacientes sob suspeita em precaução de contato até que os resultados das culturas sejam definidos

Caso não seja possível a coleta de swabs os pacientes sob suspeita deverão permanecer em precaução de contato até a alta hospitalar

Identificar/sinalizar adequadamente os pacientes sob suspeita de estarem infectados/colonizados

Intensificar e estimular a higiene das mãos com lavagem das mãos e/ou preparações alcoólicas à 70%;

Realizar rigorosamente limpeza e desinfecção concorrente no mínimo 2 vezes ao dia

Evitar o excesso de materiais de consumo como caixas de luvas, cateteres de aspiração, creme hidratante e shampoo ao lado do leito do paciente. Deve se levar o quantitativo a ser utilizado na assistência naquele dia e individualizar uso de produtos de higiene e conforto;

Restringir circulação de pessoas

Pacientes MR positivos deverão permanecer em precaução de contato até que tenham 3 swabs negativos coletados com intervalo de 10 dias entre eles.

Paramentação necessária

Obrigatório o uso do avental de mangas longas e luvas descartáveis, retirando o jaleco branco de uso pessoal

Não é permitido o uso de anéis, pulseiras, sapatos abertos, cabelos soltos ou unhas compridas

Quando terminar a assistência ao paciente deve-se jogar todos os materiais descartáveis, inclusive luvas, no lixo contaminado

Após a alta, realizar limpeza terminal rigorosa e minuciosa das superfícies fixas, equipamentos, e saída de gases da unidade do paciente. Deve-se dar atenção especial à inspeção dos colchões, orientar familiares e amigos sobre a obrigatoriedade das precauções de contato e lavagem das mãos após o contato com o paciente.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 08 - Saúde Ocupacional: Rotina para uso do jaleco (pessoal)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Rotina para uso do jaleco (pessoal)

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Procedimento:

Vista-o ao iniciar as suas atividades laborais e use-o fechado;

Mantenha as mangas com duas dobras, evitando cobrir o punho. Isto facilitará a lavagem das mãos evitará que os punhos se molhem;

Retire o jaleco ao término das atividades e guarde-o em uma sacola plástica;

Não se deve entrar em locais que não são destinados à assistência a pacientes com o jaleco como: bancos, mercados, restaurantes, via pública etc...

Lave o jaleco a cada dois dias, no máximo, e passe a ferro.


Referência:

Aspectos de biossegurança relacionados ao uso do jaleco pelos profissionais de saúde: uma revisão da literatura;<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200020>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 09 - Central de Material: Limpeza e Desinfecção de Equipamentos

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Limpeza e Desinfecção de Equipamentos	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
Objetivo: Diminuição do nível de infecção hospitalar.		
Conceito: <p>Contaminação – presença de qualquer substância ou material vivo em equipamentos ou outros organismos, com risco potencial de prejuízo à saúde das pessoas.</p> <p>Limpeza – processo que remove fisicamente a contaminação por microorganismos e material orgânico. Processo este essencial para o sucesso da desinfecção e da esterilização. Tem como objetivos reduzir a carga bacteriana natural dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e remover a sujidade dos artigos.</p> <p>Desinfecção – processo físico ou químico para reduzir o número de microorganismos viáveis para um nível menos prejudicial. Este processo pode não destruir esporos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Desinfecção de alto nível</u> – destrói todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. O enxágue deverá ser feito preferencialmente com água estéril e manipulação antisséptica; - <u>Desinfecção de nível intermediário</u> – viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose. Não destrói esporos; - <u>Desinfecção de baixo nível</u> – é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, não tem ação contra esporos, vírus não lipídicos nem contra o bacilo da tuberculose. Apresenta ação relativa contra fungos. <p>Esterilização – processo físico ou químico que destrói todos os tipos de microorganismos, inclusive esporos.</p>		

Artigos críticos – destinados a procedimentos invasivos na pele. Mucosas, tecidos sub-epiteliais e sistema vascular, bem como aqueles conectados a este sistema. Requerem esterilização.

Artigos semi-críticos – entram em contato com a pele não íntegra ou mucosa íntegra. Requerem desinfecção de médio ou de alto nível ou esterilização. Ex: equipamento respiratório.

Artigos não críticos – destinados ao contato com a pele íntegra e também aqueles que não entram em contato direto com o paciente. Ex: estetoscópio.

Responsabilidades: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

Estetoscópios:

- considerado artigo não-crítico, pois não entra em contato com a mucosa, geralmente, só com a pele íntegra, necessitando apenas de desinfecção de baixo nível;
- aplicar produto preconizado pela ccih, com auxílio de bola de algodão;
- caso haja contaminação com matéria orgânica, lavar e desinfetar.

Esfignomanômetros:

- deve sofrer limpeza sempre que apresentar sujeira visível ou desinfecção após contaminação com matéria orgânica. Pacientes em isolamento devem ter esfigmo de uso próprio.

De Pano:

- deverá ser encaminhado para a lavanderia;

De Nylon:

- aplicar produto preconizado pela ccih, com auxílio de pano limpo, caso haja matéria orgânica, encaminhar para a lavanderia.

Colchões:

- os colchões, colchonetes de maca, colchões de água e de ar, são considerados artigos não-críticos porque não entram em contato com a mucosa, apenas com a pele, geralmente íntegra, necessitando de limpeza e/ou desinfecção de baixo nível ou médio nível.
- utilizar equipamento de proteção individual;
- limpeza diariamente com água e sabão;
- enxague adequado para remover todo o resíduo de sabão;
- secar;

- desinfecção com produto preconizado pela ccih, aplicar com pano limpo, deixar secar;

Bacias, Banheiras:

- utilizar equipamento de proteção individual;
- lavagem com água e sabão;
- enxague adequado para remover todo o resíduo de sabão;
- secar;
- aplicar produto preconizado pela ccih, com auxílio de um pano limpo. álcool resseca o acrílico.

Balcões e bancadas:

- utilizar equipamento de proteção individual;
- lavagem com água e sabão;
- secar;
- enxague adequado para remover todo o resíduo de sabão;
- Aplicar produto preconizado pela ccih, com auxílio de pano limpo.

6) Geladeira:

- a geladeira deve ser equipada com termômetros de monitorização da temperatura máxima e mínima. A temperatura deve ser verificada e registrada duas vezes ao dia, mantendo-se entre +2 à +8;
- deve ser descongelada e limpa quinzenalmente;
- retirar os materiais existentes, passando para a geladeira da farmácia;
- desligar a geladeira na tomada, não alterando o termostato;
- fazer a limpeza externa e interna com água e sabão;
- secar com pano seco e limpo;
- ligar a geladeira novamente na tomada, não mexer no termostato;
- aguardar a temperatura chegar no ideal, entre +2 à +8 e recolocar os materiais;
- checar o impresso próprio de limpeza de geladeira.

7) Limpeza e Desinfecção do Conjunto de Aspiração:

- lavar o frasco todos os plantões (3x/dia);
- trocar as borrachas 1x/dia;
- uso obrigatório de EPI'S;
- desconectar o conjunto de aspiração;
- despejar o conteúdo em pia própria (expurgo);
- imergir em água e sabão;
- lavar o frasco e a tampa;
- enxaguar;
- secar;
- deixar o frasco montado novamente;

Rotina de Materiais e Equipamentos Utilizados na Assistência

Material ou Equipamento	Tempo de Troca	Observação
Estetoscópio	Uso individual e Isolamento	
Esfigmomanômetro	Uso individual em e Isolamento	Em caso de sujidade visível, encaminhar para a lavanderia.
Termômetro	Uso individual e Isolamento	
Comadre e papagaios	A cada 24h (Fazer a troca no período da tarde)	As comadres devem ser lavadas com água e sabão, e aplicar desinfetante
Jarras para medir diurese	A cada 24h (Fazer a troca no período da tarde)	As jarras devem ser lavadas com água e sabão, e após aplicar preconizado pela
Prolongamentos de borracha para aspiração de vias aéreas e oxigenoterapia	A cada 24h (Fazer a troca no período da noite)	Encaminhar para a central de material
Frascos de aspiração	No fim de cada período	Lavar os frascos com água e sabão.

Rotina de Materiais Utilizados na Assistência Ventilatória

Material ou Equipamento	Tempo de Troca	Observação
Ambús	A cada 7 dias, ou se apresentar sujidade visível	Encaminhar para a central de material
Umidificadores de O ²	A cada 24h (Fazer a troca no período da noite)	Encaminhar para a central de material
Máscaras de O ² Venturi, alto fluxo...	A cada 24h (Fazer a troca no período da noite)	Encaminhar para a central de material
Circuitos de respiradores	A cada 7 dias, ou se apresentar sujidade visível	Encaminhar para a central de material
Lamina de Laringoscópio	A cada uso	Encaminhar para a central de material
Cabo do Laringoscópio	A cada uso	Aplicar desinfetante preconizado pela CCIH,
Fio Guia	A cada uso	Encaminhar para a central de material
Micronebulizadores (inalação)	No fim de cada período	Encaminhar para a central de material
Cânula de traqueostomia metálica	Quando for trocada (decanulação)	Encaminhar para a central de material

Canula de traqueostomia plástica Portex	Descartável	
Canula de Guedel	A cada uso	Encaminhar para a central de material
Cateter nasal Sonda de aspiração Tubo oro traqueal	Descartável	
Sistema de Drenagem de Torax	Trocar somente a pedido médico ou se apresentar falha	Descartável

Rotina de Troca de Equipos

Material ou Equipamento	Tempo de Troca	Observação
Equipos: Macrogotas, microgotas, polifix, equipo de bomba de infusão	72 horas	Trocar antes se houver sujidade, furos ou rachaduras, precipitação de medicação.
Equipo para dieta Enteral	24 horas	Trocar antes se houver sujidade, furos ou rachaduras

Rotina de Troca de Cateteres e Sondas

Material ou Equipamento	Tempo de Troca	Observação
Cateter Venoso Central Intracath	Sem troca programada	Retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco
Cateter Venoso Central Duplo lumen	Sem troca programada	Trocar todo o sistema se obstrução, violação ou
Sonda Vesical de Demora	A cada 21 dias	Trocar se houver extravasamento de dieta, ou obstrução da sonda.
Sonda Nasoenteral	A cada 6 meses	

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente, Higienização das Mãos, 2007.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Administração de Medicação

de

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Comentário Geral:

Administração de medicamentos é o processo de preparo e introdução de medicamentos no organismo humano, visando obter efeitos terapêuticos. Segue normas que uniformizam o trabalho em todas as unidades de internação, facilitando sua organização e controle.

Para administrar medicamentos de maneira segura, a enfermagem deve utilizar a regra dos 9 certos:

- Paciente certo
- Medicação certa;
- Dosagem certa;
- Via certa;
- Horário certo;
- Registro certo;
- Abordagem certa;
- Forma farmacêutica certa;
- Monitoramento certo.

Durante a fase de preparo, o profissional de enfermagem deve estar atento para evitar erros, assegurando ao máximo que o paciente receba corretamente a medicação. Isto, teoricamente se justifica porque o medicamento deve ser administrado por quem o preparou.

Medidas de organização e de assepsia que visam auxiliar o profissional nesta fase de trabalho podem ser protocoladas, como segue.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 11 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via ocular



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Administração de
Medicação por via ocular

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

Dilatar pupila;
Aplicar anestésico;
Combater a infecção

Conceito:

Consiste na aplicação de colírio ou pomada na conjuntiva ocular (saco conjuntival inferior).

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Lavar as mãos;
- Separar a medicação prescrita;
- Preparar o medicamento conforme técnica;
- Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira;
- Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;
- Preparar o paciente colocando-o em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Antes da aplicação do medicamento, remover secreções e crostas com água ou soro fisiológico, se necessário;
- Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva, sem tocar o conta-gotas ou o tubo de pomada no paciente;
- Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
- Enxugar o excesso de líquido com gaze;

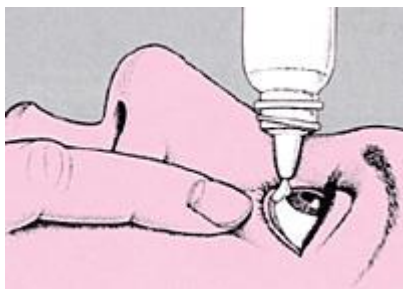
- Oferecer a gaze, caso necessário;
- Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);
- Deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado.

Aplicação de Pomada:

- Afastar a pálpebra inferior com o polegar;
- Colocar cerca de 2 cm de pomada;
- Ao aplicar a pomada, depositá-la ao longo de toda extensão do saco conjuntival inferior;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e faça movimentos giratórios do globo ocular, a fim de dispersar o medicamento;
- Remover o excedente do medicamento com a gaze.

Materiais:

Bandeja;
Frasco de medicação prescrita, colírios ou pomada;
Recipiente para lixo;
Bolas de algodão;
Gaze;
Soro fisiológico ou água boricada;

**Referência**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 12 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via nasal



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Administração de Medicação por via nasal

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: facilitar a fluidificação e a drenagem de secreções, aliviando a congestão nasal.

Conceito:

Consiste na aplicação de medicamento líquido na mucosa nasal.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Lavar as mãos;
- Separar a medicação prescrita;
- Preparar o medicamento conforme técnica;
- Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira;
- Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;
- Se paciente deitado:
 - Colocar o travesseiro sob o ombro, de modo que a cabeça fique inclinada para trás;
- Se paciente sentado:
 - Inclinhar a cabeça para trás;

- Instilar a medicação na parte superior da cavidade nasal, com auxílio da gaze, algodão ou cotonete, evitando que o conta-gotas toque a mucosa,
- Solicitar ao paciente que permaneça nesta posição por mais alguns minutos, afim de que a medicação penetre profundamente na cavidade nasal;
- Oferecer a gaze, caso necessário;
- Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);
- Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado.

Materiais:

- Bandeja;
- Gaze;
- Algodão ou cotonete;
- Frasco de medicação prescrita.




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 13- Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via auricular

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Administração de Medicação por via auricular	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
Objetivo: Prevenir ou tratar processos inflamatórios e infecciosos e facilitar a saída do cerúmen e corpo estranho.		
Conceito: Consiste em introduzir medicamentos no canal auditivo externo, (ouvido).		
Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.		
Procedimento Técnico: <ul style="list-style-type: none">• Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;• Lavar as mãos;• Separar a medicação prescrita;• Preparar o medicamento conforme técnica;• Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira;• Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;• Inclinar a cabeça do paciente lateralmente (sentado ou deitado);• Se deitado, deixar o paciente em decúbito lateral (com o ouvido a ser medicado para cima);• Instilar o medicamento no canal auditivo sem contaminar o conta-gotas;• Orientar o paciente quanto à manutenção da posição inicial por alguns minutos;• Proteger o orifício com gaze ou algodão;• Limpar com gaze a região auricular externa, se necessário;		

- Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);
- Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado.

OBS:

A medicação deve ser realizada à temperatura ambiente, se não estiver, aguardar o tempo necessário para a mesma ser administrada.

Materiais:

- Bandeja;
- Gaze ou algodão;
- Frasco de medicação prescrita.




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 14 - Segurança do paciente: Administração de Medicação por via oral ou sublingual

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Administração de Medicação por via oral ou sublingual	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
<p>Objetivo: Obter efeito terapêutico reduzindo ou diminuindo sinais e sintomas que estejam causando desconforto ao paciente.</p>		
<p>Conceito: Administração de fármacos pela boca é a via de administração mais comum, entretanto é também a mais variável e envolve o trajeto mais complicado de acesso aos tecidos.</p>		
<p>Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o planejamento; • Lavar as mãos; • Verificar no prontuário a prescrição médica; • Copiar a medicação; • Preparar a medicação na bandeja; • Colocar o medicamento em recipiente próprio; • Deixar o balcão em ordem; • Levar a bandeja com o medicamento a unidade e identificar o paciente; • Oferecer o medicamento e água ao paciente; • Observar se o paciente deglutiu a medicação; • Se for medicamento sublingual colocá-lo debaixo da língua do paciente; • Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável; • Levar o material, lavar com água e sabão e colocar em solução desinfetante; • Checar a medicação. <p><u>Observação:</u> Não colocar a bandeja na cama do paciente</p> <p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitar o frasco de medicamento; • Após retirar o medicamento do frasco este deve ser limpo na altura da tampa; • Medir o medicamento com exatidão, usar cálice, copo graduado, conta gotas ou colher; • Medida Adulto = 15 ml (1 colher sopa) 		

- **Medida Infantil = 05 ml (1 colher chá)**
- **01 colher sobremesa = 10 ml**
- **01 colher de café = 2,5 ml**

- Preparar comprimido, cápsulas, drágea e pílulas, se tocar no medicamento.
- Os pacientes com dificuldade de deglutir devem receber o medicamento triturado e diluído em água ou leite.
- A administração do medicamento sublingual, colocando-se sob a língua para que seja absorvido pela mucosa bucal. Pedir para o paciente não deglutir a saliva por alguns minutos.
- Se a mucosa do paciente estiver ressecada umedecer a boca com água antes de colocar medicamento sublingual.

Materiais:

Bandeja;

Copos graduados;

Triturador;

Copo plástico.




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 15 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via gástrica

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Administração de	Elaborado em: Jan/2024
	Medicação por via gástrica	Revisado em: Abril/2026
<p>Objetivo: Administrar medicação por sonda ao paciente com incapacidade de deglutir.</p>		
<p>Conceito: É administração de medicamentos através de uma sonda nasogástrica.</p>		
<p>Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer planejamento; • Lavar as mãos; • Verificar no prontuário a prescrição médica; • Copiar a medicação; • Preparar a medicação na bandeja, levar seringa de 20ml para lavar sonda; • Deixar o balcão em ordem; • Levar o medicamento a unidade e identificar o paciente; • Testar o posicionamento da sonda; • Elevar a cabeceira da cama para evitar que o paciente aspire; • Dobrar a sonda e retirar a tampa; • Conectar a seringa a sonda; • Lavar a SNG com 20ml de água, antes de administrar a medicação; • Retirar a seringa e conectar a seringa com a medicação; • Injetar a medicação lentamente; • Aspirar 20 ml ou mais água e injetar na sonda para empurrar a medicação e lavar a sonda; • Dobrar a sonda novamente, retirar a seringa e fechar a sonda; • Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável; • Fazer desinfecção da bandeja, com desinfetante padronizado pela CCIH; • Checar a medicação. 		
<p>Materiais:</p> <p>Bandeja;</p> <p>Triturador;</p> <p>Copos graduados;</p>		

Recipiente para colocar o medicamento;

Estetoscópio;


1seringa descartável de 20 ml.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Administração de Medicação por via retal	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a dor; • Estimular a evacuação; • Eliminar gases; 		
Conceito: É a introdução de medicamento através da mucosa retal.		
Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.		
Procedimento Técnico: <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o planejamento; • Lavar as mãos; • Verificar no prontuário a prescrição médica; • Copiar a medicação; • Preparar a medicação na bandeja; • Retirar o envoltório do medicamento e colocá-lo na gaze; • Deixar o balcão em ordem; • Levar o medicamento a unidade e identificar o paciente; • Colocar biombo; • Colocar o paciente em decúbito lateral e expor a região; • Calçar as luvas de procedimento; • Pegar o medicamento protegido com a gaze; • Afastar o glúteo com uma das mãos e introduzir o medicamento no reto; • Pedir ao paciente para retê-lo; • Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem; • Levar a bandeja, desprezar as gazes, colocar as luvas em solução; • Lavar a bandeja e guardar; • Checar a medicação. 		
Observação: Não colocar a bandeja na cama do paciente.		
Materiais:		

- Bandeja;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para lixo;
- Medicamento (Supositório).




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Administração de Medicação por via vaginal	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Preparar para cirurgia ginecológica; • Preparar e combater a infecção; • Reduzir corrimento e odor. 		
Conceito: É o tratamento do canal vaginal através da aplicação de medicamentos sobre a forma de óvulos, creme e comprimidos.		
Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.		
<p>Procedimento Técnico:</p> <p>Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;</p> <p>Lavar as mãos;</p> <p>Separar a medicação prescrita;</p> <p>Preparar o medicamento conforme técnica;</p> <p>Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira;</p> <p>Orientar o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;</p> <p>Cercar o leito da paciente com biombos, respeitando a privacidade da mesma;</p> <p>Fazer higiene íntima da paciente (se necessário);</p> <p>Calçar luvas de procedimentos;</p>		

Colocar a medicação no aplicador;

Colocar a paciente em posição ginecológica;

Abrir os pequenos lábios, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador;

Pressionar o êmbolo até que todo o conteúdo do aplicador seja introduzido;

Retirar o aplicador e pedir à paciente para que permaneça no leito;

Solicitar para que a paciente permaneça em decúbito dorsal, aproximadamente 15 minutos;

Colocar um absorvente, se necessário;

Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);

Retirar o material, deixar o ambiente em ordem;

Retirar a luva de procedimento;

Retirar os biombos,

Lavar as mãos;

Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado.

OBS:

1. Em caso de paciente com hímen íntegro, qualquer medicação via vaginal pode ser administrada utilizando-se aplicador de fino calibre, ou uma seringa na qual se adapta uma sonda uretral nº 4 ou nº 6.

2. Observar a presença de sangramentos, secreções ou sinais de irritação local, além de queixas de prurido, sugestiva de reação alérgica à substância administrada.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 18 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via tópica ou cutânea



**Procedimento Operacional Padrão
(POP)**

	Administração de Medicação por via tópica ou cutânea	Elaborado em: Jan/2024
		Revisado em: Abril/2026
Objetivo: Antisséptico, aquecimento da pele, promover o relaxamento muscular, aliviar prurido, equimoses, etc...		
Conceito: É a aplicação de medicamento por fricção na pele. Sua ação pode ser local ou geral. Exemplo: pomadas, linimentos e antisséptico.		
Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.		
Procedimento Técnico: <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação; • Lavar as mãos; • Separar a medicação prescrita; • Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira; • Orientar o paciente sobre o procedimento; • Calçar luvas de procedimentos; • Fazer limpeza da pele com água e sabão antes da aplicação do medicamento, se necessário, (pele oleosa e com sujidade); • Desprezar a primeira porção da pomada; • Colocar o medicamento sobre a gaze, com espátula; • Aplicar o medicamento massageando a pele delicadamente; • Observar qualquer alteração na pele: erupções, prurido, edema, eritema etc... • Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas); • Retirar as luvas; • Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; • Lavar as mãos; 		

- Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado.

Materiais:

- Bandeja;
- Gaze;
- Espátula;
- Luvas de procedimento.

OBS: Antes de aplicar a pomada, fazer o teste de sensibilidade.

Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 19 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via intramuscular



**Procedimento Operacional Padrão
(POP)**

	Administração de Medicação por via intramuscular	Elaborado em: Jan/2024
		Revisado em: Abril/2026
<p>Objetivo: Administração de soluções medicamentosas no músculo para obter efeito rápido com segurança e fácil</p>		
<p>Conceito: É a introdução de medicamentos nas camadas musculares.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <p>TÉCNICA DO PREPARO DA MEDICAÇÃO</p> <p>PARA AMPOLA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer desinfecção da ampola com álcool 70% ou sachê; • Abrir a ampola na linha pontilhada marcada no gargalho; • Retirar a capa protetora da agulha; • Colocar a agulha dentro do frasco; • Puxar a quantidade indicada do medicamento para dentro da seringa; <p>PARA FRASCOS COM VÁRIAS DOSES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpar o frasco com álcool 70% ou sachê; • Retirar o invólucro da agulha e puxar a mesma quantidade de ar que a dose a ser administrada; • Colocar a agulha no frasco; • Injetar ar no frasco, retirando a dose desejada para a seringa. <p>PROCEDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação; • Lavar as mãos; • Separar a medicação prescrita; • Preparar o medicamento conforme técnica; • Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira; 		

- Orientar o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento;
- Checar condições do músculo escolhido, para volume maior ou igual a 3 ml, solução com veículo oleoso ou se for observada hipotrofia do deltoide, o músculo indicado é o glúteo;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar o ar da seringa e agulha;
- Fazer antissepsia da pele com álcool 70% ou sachê, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Na região deltoide quatro dedos abaixo da região escapular e na região glútea no quadrante externo superior;
- Introduzir a agulha em ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa/agulha rapidamente, comprimindo o local com algodão, observando presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
- Deixar a unidade organizada;
- Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas no caso de crianças);
- Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento na ficha única.
-



Agulhas			
Faixa etária	Espessura SC	Solução Aquosa	Solução Oleosa
Adulto	Magro	25X7	25X8
	Normal	30X7	30X8
	Obeso	40X7	40X8

Criança	Magro	20X6	20X7
	Normal	25X7	25X8
	Obeso	30X7	30X8


Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 20 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via subcutânea

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
		Elaborado em: Jan/2024

	Administração de Medicação por via subcutânea	Revisado em: Abril/2026
<p>Objetivo: Quando se deseja eficiência e absorção contínua do medicamento. Usada para administração de vacinas (antirrábica e sarampo), anticoagulantes (heparina) e hipoglicemiantes (insulina).</p>		
<p>Conceito: Na aplicação de droga por via subcutânea ou hipodérmica. Utilizada para administração de medicação de absorção lenta, através de capilares, de forma segura e contínua. O volume não deve ultrapassar 1 ml. Os locais recomendados devem ter menor inervação local, acesso facilitado e maior capacidade de distensão local do tecido. Os locais mais utilizados são: região abdominal, a face anterolateral da coxa e face externa do braço. Em administração de uso contínuo, deve ser revezado o local da aplicação.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <p>TÉCNICA DO PREPARO DA MEDICAÇÃO PARA AMPOLA:</p> <p>Fazer desinfecção da ampola com álcool sachê; Abrir a ampola na linha pontilhada marcada no gargalho; Retirar a capa protetora da agulha; Colocar a agulha dentro do frasco; Puxar a quantidade indicada do medicamento para dentro da seringa.</p> <p>PARA FRASCOS COM VÁRIAS DOSES:</p> <p>Limpar o frasco com álcool sachê; Retirar o invólucro da agulha e puxar a mesma quantidade de ar que a dose a ser administrada; Colocar a agulha no frasco;</p>		

Injetar ar no frasco, retirando a dose desejada para a seringa.

PROCEDIMENTO:

Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;

Lavar as mãos;

Separar a medicação prescrita;

Preparar o medicamento conforme técnica;

Levar a bandeja para perto do paciente, colocando-a sobre a mesinha de cabeceira;

Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;

Checar condições do músculo escolhido;

Calçar luvas de procedimento;

Retirar o ar da seringa e agulha;

Fazer antisepsia da pele com álcool sachê, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;

Fazer uma prega na pele, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa;

Introduzir a agulha em ângulo de 90° (perpendicular à pele);

Não é necessário aspirar, pois na injeção subcutânea não atingirá vasos;

Injetar o líquido lentamente;

Retirar a seringa/agulha rapidamente, fazendo ligeira pressão no local e logo após fazer uma massagem no local;

Deixar a unidade organizada;

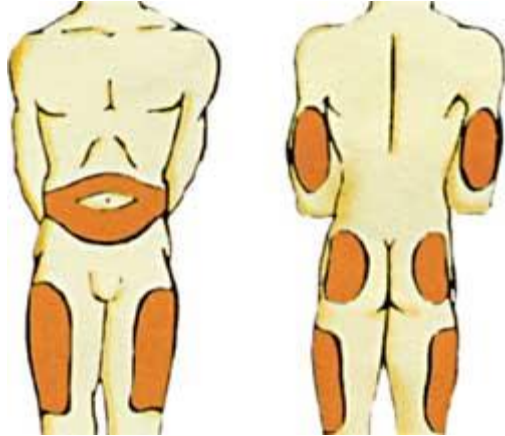
Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);

Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);

Retirar a luva de procedimento;

Lavar as mãos;

Checar o procedimento.




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 21 - Segurança do Paciente: Administração de Medicação por via endovenosa

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
		Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026

	Administração de Medicação por via endovenosa	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de ação imediata do medicamento; • Necessidade de injetar grandes volumes (hidratação); • Introdução de substâncias irritantes de tecidos. 		
<p>Conceito:</p> <p>É a via onde se tem a mais rápida ação do fármaco administrado, em que há a introdução da medicação diretamente na veia.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lave as mãos; • Explique o procedimento para o paciente; • Use luvas de procedimento (não estéril) para sua proteção; • Apoie o membro superior em um suporte e coloque o garrote acima do local a ser puncionado (aproximadamente 4 dedos acima), para dilatar a veia; • Solicite que o paciente feche a mão, para melhor facilitar a visualização das veias; • Escolha a veia apalpando-as. Se estiver rígida, escolha outra; • Faça antisepsia no local da punção com uma bola de algodão umedecida com álcool sachê, com movimentos de baixo para cima (sentido do retorno venoso), virando-a a cada movimento; • Para facilitar a punção, estique a pele para fixar a veia utilizando para isso o polegar da sua mão não dominante; • Puncione a veia com o bisel da agulha para cima (parte pontiaguda para baixo e o buraquinho da agulha pra cima!), utilizando ângulo de 15°; • Aspire e, caso venha sangue, solte o garrote e peça para o paciente abrir a mão; • Verifique se a agulha está corretamente inserida na veia, se existe infiltração subcutânea ao redor, se está ocorrendo hematoma, se não houve transfixação da veia; • Após estar certo que a agulha está no interior da veia, se for apenas medicação de dose única, injete o medicamento lentamente, retirando o acesso logo em seguida, comprimindo a região com um algodão e mantendo a compressão por 30 segundos. • Não reencepe a agulha; • Despreze o material cortante em local próprio e lave as mãos. <p>Se for uma punção utilizando cateter rígido (SCALP):</p>		

- A técnica de punção é igual à da punção venosa direta, todavia devemos fazer a fixação do dispositivo, utilizando a técnica que mais se adapte ao caso e local da punção;
- O espaço interno do scalp deve ser preenchido por soro ou com o sangue que reflui da veia, para poder conectar no equipo de soro. Faça a fixação do scalp com esparadrapo, previamente cortado. Certifique-se de que o scalp está no interior da veia, descendo o frasco de soro;
- Identifique com data e numeração do catéter utilizado (algumas instituições também solicitam que seja anotado o nome do profissional que realizou a punção).

Se for uma punção utilizando cateter flexível (ABOCATH):

- A técnica de punção é igual a das anteriores, com angulação de 15° e agulha com bisel para cima;
- Ao penetrar no interior da veia, veremos que reflui sangue no dispositivo transparente (canhão) do abocath;
- Segura-se o mandril e empurra-se o cateter para o interior da veia até fique completamente introduzido;
- Retira-se o mandril, comprimindo-se a ponta do catéter, sobre a pele, impedindo ou diminuído o refluxo de sangue;
- Conecta-se ao equipo de soro através de polifix ou similar;
- Após a punção, deve ser feito o teste de refluxo, para evidenciar que realmente o cateter está no interior do vaso e, então, inicia-se o gotejamento do soro e fixação do acesso.

Materiais:

Bandeja:

Medicação;

Bolas de algodão umedecidas com álcool sachê;

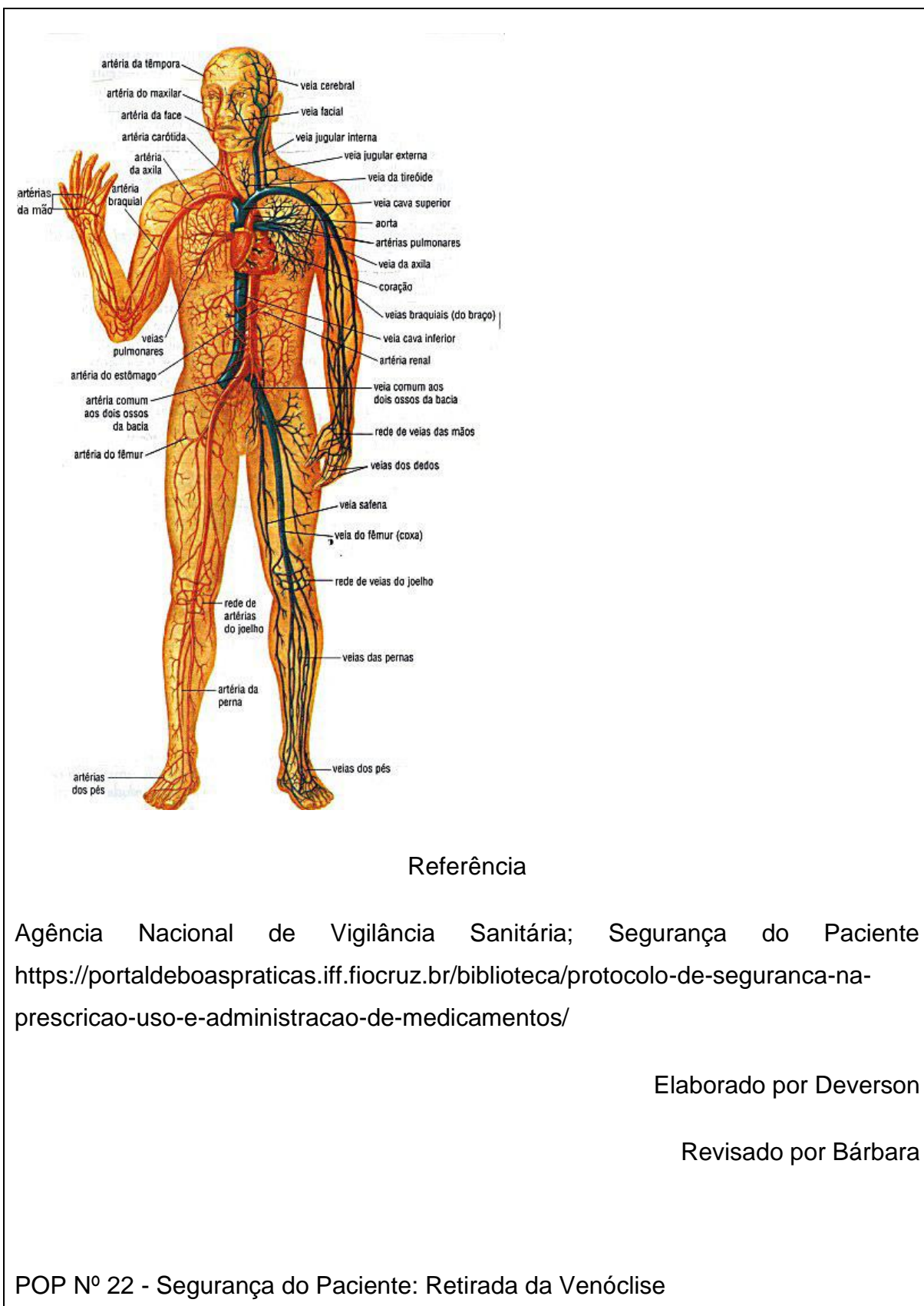
Agulhas de acordo com a finalidade do acesso (scalp, abocath, agulha hipodérmica...);

Garrote;

Tesoura

Esparadrapo ou fita microporosa para fixação, se for preciso, tala para crianças;

Equipo e soro em caso de **infusões**.




Referência

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Segurança do Paciente
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 22 - Segurança do Paciente: Retirada da Venóclise

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Retirada da Venóclise	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
Conceito: É a retirada do acesso venoso por infiltração de medicação e/ou soro, pedido do médico e por motivo de alta hospitalar.		
Procedimento Técnico: <ul style="list-style-type: none"> • Levar a bandeja à unidade do paciente com álcool 70% ou sachê e 1 bola de algodão seco; • Fechar a roldana do soro e desprender o esparadrapo delicadamente para retirar; • Comprimir o local da agulha com algodão seco e retirar o cateter delicadamente; • Após a hemostasia completa, colocar o curativo específico para venóclise; • Desprezar o frasco equipo, scalp e o algodão em recipiente próprio; • Lavar o material e guardar. 		
 Materiais: Bandeja; Recipiente com bola de algodão;		
<p style="text-align: center;">Referência</p> <p>Resolução COFEN nº 388/11, normatiza a execução pelo Enfermeiro apenas do acesso venoso.</p>		
<p style="text-align: right;">Elaborado por Deverson</p> <p style="text-align: right;">Revisado por Bárbara</p>		
POP Nº 23 - Segurança do Paciente: Verificação de Sinais Vitais		



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Verificação de Sinais Vitais

Elaborado em: Jan/2024

Revisado em: Abril/2026

Conceito:

São os sinais das funções orgânicas básicas, sinais clínicos de vida, que refletem o equilíbrio ou o desequilíbrio resultante das interações entre os sistemas do organismo e uma determinada doença.

O atendimento médico/enfermagem adequado implica na observação do paciente como um todo, incluindo o ambiente que o cerca, as emoções que experimenta e a patologia que apresenta, bem como as manifestações destas variáveis no sinais vitais. O objetivo é evidenciar as principais características dos sinais vitais, incluindo as técnicas adequadas de suas respectivas verificações e genericamente avaliar o que significam as suas alterações.

Os quatro sinais vitais principais, monitorados rotineiramente são:

Pulso;

Temperatura;

Respiração;

Pressão Sanguínea.


Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 24 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais- Pressão Arterial (PA)

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Verificação dos Sinais Vitais- Pressão Arterial (PA)	Elaborado em: Jan/2024 Revisado em: Abril/2026
<p>Objetivo: Acompanhar a evolução da doença, Auxiliar no diagnóstico e tratamento, o não cumprimento deste procedimento implicará o responsável em punições e até mesmo advertência;</p>		
<p>Conceito: A pressão arterial reflete a pressão que o sangue exerce contra a parede dos vasos, quando é lançado na corrente sanguínea, pelo ventrículo esquerdo.</p>		
<p>Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>		
<p>Procedimento Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer planejamento; • Lavar as mãos; • Reunir o material na bandeja e levar a unidade do paciente; • Informar o paciente que vai ser feito; • Deixar o paciente sentado ou deitado; • Colocar o manguito no antebraço 3 cm acima do cotovelo; • Observar os prolongamentos para que não se cruzem; • Localizar com os dedos a artéria braquial; • Pegar o estetoscópio e colocar o diafragma sobre a artéria; • Colocar as olivas do estetoscópio nas orelhas; • Fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito; • Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido primeiro batimento (pressão sistólica) e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica); • Retirar o ar, em caso de dúvida repetir o procedimento; • Retirar o manguito do paciente; • Desinfetar as olivas e o diafragma com álcool sachê; • Anotar no plano de enfermagem; • Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem. <p>Algumas dicas importantes antes de suas verificações:</p>		

- esteja sentado e recostado e fique pelo menos 5 minutos descansando antes de realizar a medição;
- esteja calmo e relaxado;
- não esteja com a bexiga cheia,
- não tenha praticado exercícios físicos 1h antes da medida;
- não tenha tomado bebida alcoólica;
- não tenha fumado nos 30 minutos que antecedem a tomada da pressão;
- não fale durante a medição.

Atenção durante a verificação de PA em pediatria:

- A pressão arterial deve ser tomada quando a criança estiver descansando e em uma posição confortável. Deve ser tranquilizada. O processo deve ser antes explicado à criança.
- Se necessário repetir a mensuração: aliviar totalmente a pressão, desinsuflando o aparelho. Aguardar 3 minutos para nova verificação, já que as alterações circulatórias locais alteram os resultados.

Locais para medição da PA em pediatria

- Artéria braquial;
- Artéria radial;
- Artéria poplítea;
- Artéria tibial posterior.

Tabela II

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (> 18 anos de idade).

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limitrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: (“American Heart Association”).

Tabela III**Valores da pressão arterial em crianças e adolescentes.**

Idade (anos)	SEXO MASCULINO			SEXO FEMININO		
	Estatura: percentil e valor em cm	Pressão arterial (mmHg)		Estatura: percentil e valor em cm	Pressão arterial (mmHg)	
		Percentil 90	Percentil 95		Percentil 90	Percentil 95
1	50 th (76)	98/53	102/57	50 th (74)	100/54	104/58
	75 th (78)	100/54	104/58	75 th (77)	102/55	105/59
3	50 th (97)	105/61	109/65	50 th (96)	103/62	107/66
	75 th (99)	107/62	111/66	75 th (98)	104/63	108/67
6	50 th (116)	110/70	114/74	50 th (115)	107/69	111/73
	75 th (119)	111/70	115/75	75 th (118)	109/69	112/73
9	50 th (132)	113/74	117/79	50 th (132)	113/73	117/77
	75 th (136)	115/75	119/80	75 th (137)	114/74	118/78
12	50 th (150)	119/77	123/81	50 th (152)	119/76	123/80
	75 th (155)	121/78	125/82	75 th (155)	120/77	124/81
15	50 th (168)	127/79	131/83	50 th (161)	124/79	128/83
	75 th (174)	129/80	133/84	75 th (166)	125/80	129/84
17	50 th (176)	133/83	136/87	50 th (163)	125/80	129/84
	75 th (180)	134/84	138/88	75 th (167)	126/81	130/85

Fonte: American Heart Association.

Materiais:

- Bandeja;
- Esfignomanômetro;
- Estetoscópio;
- Caneta;
- Prescrição de enfermagem;
- Álcool sachê.

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 25- Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Pulso (P)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Verificação dos Sinais Vitais- Pulso (P)

Elaborado em:
Jan/ 2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo: Acompanhar a evolução da doença, auxiliar no diagnóstico e tratamento, o não cumprimento deste procedimento implicará o responsável em punições e até mesmo advertência;

Conceito:

Após cada batimento ou ciclo cardíaco, quando o sangue é ejetado do ventrículo esquerdo para a aorta, a pressão e o volume resultantes provocam oscilações ritmadas em toda a extensão da parede arterial. Esta onda é chamada de pulso.

Responsabilidades:

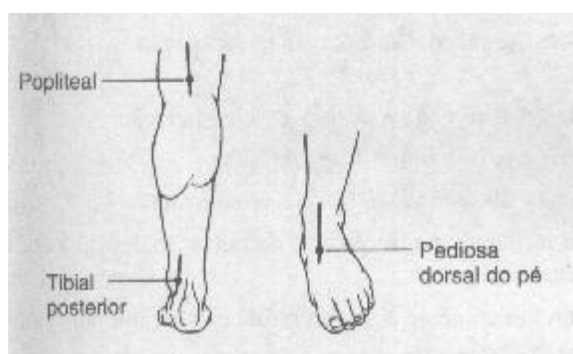
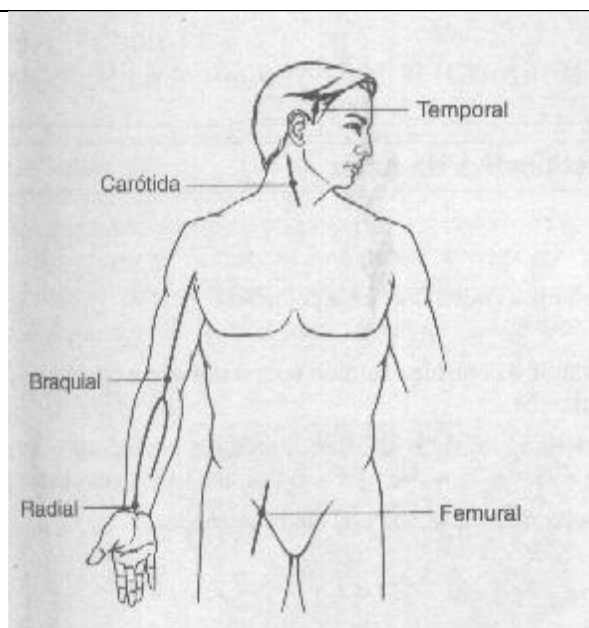
Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Fazer o planejamento;
- Lavar as mãos;
- Informar o paciente o procedimento que irá ser realizado;
- Colocar os dedos indicador e médio da mão direita sobre a artéria, fazendo leve pressão e começar a pulsação olhando no relógio;
- Contar durante 60 segundos (1 minuto);
- Anotar no plano de enfermagem.

Materiais:

- Bandeja;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Caneta;
- Papel;
- Álcool sachê.



A seguinte tabela mostra a frequência cardíaca normal para **homens em repouso**:

Idade	18-25 anos	26-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	56-65 anos	+65 anos
Excelente	56-61	55-61	57-62	58-63	57-61	56-61
Boa	62-65	62-65	63-66	64-67	62-67	62-65
Normal	70-73	71-74	71-75	72-76	72-75	70-73
Menos boa	74-81	75-81	76-82	77-83	76-81	74-79
Ruim	+82	+82	+83	+84	+82	+80

Fonte: American Heart Association

Já está tabela, mostra a frequência cardíaca normal para **mulheres em repouso**:

Idade	18-25 anos	26-35 anos	36-45 anos	46-55 anos	56-65 anos	+65 anos
Excelente	61-65	60-64	60-64	61-65	60-64	60-64
Boa	66-69	65-68	65-69	66-69	65-68	65-68
Normal	74-78	73-76	74-78	74-77	74-77	73-76
Menos boa	79-84	77-82	79-84	78-83	78-83	77-84
Ruim	+85	+83	+85	+84	+84	+84

Fonte: American Heart Association

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 26 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Temperatura (Tp)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Verificação dos Sinais Vitais-Temperatura (Tp)

Elaborado em:
Jan/2024

Revisado em:
Abril/2026

Procedimento Técnico:

- Fazer planejamento;
- Lavar as mãos;
- Levar o material a unidade do paciente;
- Informar o procedimento o qual será realizado;
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- Abaixar a coluna de mercúrio até 35 ° c.
- Colocar o termômetro diretamente na região axilar deixando o bulbo em contato com a pele;
- Solicitar ao paciente que feche o braço;
- Deixar o termômetro por 3 minutos, (no caso de termômetro digital aguardar a indicação sonora);
- Retirar o termômetro e segurar pelo pendúculo e fazer a leitura;
- Abaixar a coluna de mercúrio até 35° c;
- Desinfetar o termômetro com álcool sachê.

Materiais:

- Bandeja;
- Termômetro;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Caneta;
- Papel;
- Algodão embebido em álcool 70% dentro de um recipiente.



Fonte: American Heart Association

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 27 - Segurança do Paciente: Verificação dos Sinais Vitais-Frequência Respiratória (Fr)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Verificação dos Sinais Vitais-Frequência Respiratória (Fr)

Elaborado em:
Jan/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo:

Verificar alterações de frequência cardíaca

Doença ou indisposição: Ex. enfisema ou bronquite altera o estímulo natural;

Estresse: ansiedade causa hiperventilação;

Idade: frequência e capacidade pulmonar;

Sexo: sexo masculino maior capacidade;

Posição Corpórea: posição curvada ou abaixada reduz a amplitude respiratória;

DROGAS: narcóticos deprimem a habilidade de respiração, outras podem aumentar ou diminuir ou afetar o ritmo;

Exercícios: O exercício aumenta a frequência e a amplitude respiratória;

Conceito:

Processo complexo que envolve o aparelho cardiorespiratório, que consiste nas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente, com particular importância na captação de oxigênio e na eliminação do gás carbônico. O termo respiração refere-se mais ao processo que ocorre a nível celular. Seria mais adequado usar o termo "ventilação" para o processo de entrada e saída de ar dos pulmões.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Paciente em repouso, por pelo menos 5 a 10 minutos;
- Assegurar que o tórax esteja exposto para avaliação das excursões respiratórias;
- Contar a frequência respiratória durante 30 segundos, multiplicando-se por 2;
- Verificar a profundidade, se as excursões ou movimentos da parede torácica são completas e iguais em ambos os lados do tórax;
- Anotar no papel o valor;
- Deixar o paciente confortável.

Materiais:

Bandeja;

Termômetro;

Relógio com ponteiro de segundos;

Caneta;

Papel;

Álcool sachê.

Idade (anos)	FR/minuto
0	30 a 40
1-2	25 a 30
2-8	20 a 25
8-12	18 a 20
Adultos	14 a 18

Frequência Respiratória (FR), em repouso, em função da idade

Fonte: **American Heart Association**

Existem hoje algumas classificações de tipos respiratórios e elencamos os três tipos mais comuns. São eles:

Respiração de Cheyne-Stokes

Caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de incursões inspiratórias cada vez mais profundas até atingir um máximo, para depois vir decrescendo até nova pausa. As causas mais frequentes desse tipo de respiração são insuficiência cardíaca, a hipertensão intracraniana, os AVCs e os traumatismos cranioencefálicos.

Respiração de Biot

A respiração apresenta-se com duas fases. A primeira a apneia, seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios anárquicos quanto ao ritmo e amplitude. Quase sempre este tipo de respiração indica grave comprometimento cerebral. As causas mais frequentes deste ritmo são as mesmas da respiração de Cheyne-Stokes.

Respiração de Kussmaul

Compõem-se de quatro fases: inspirações ruidosas, apneia em inspiração, expiração ruidosa e apneia em expiração. A acidose, principalmente a diabética é a sua principal causa.

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Controle de Peso Corpóreo

Elaborado em:
Jan/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo: Avaliar a evolução pondero-estatural do paciente internado.

Conceito:

É importante verificar o peso do paciente quando é admitido no hospital, pois auxilia o médico no tratamento.

Conforme a patologia do paciente deve ser verificado diariamente o peso.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Explicar ao paciente o que vai ser feito (adulto);
- Aferir a balança, colocar os massores no ponto zero e verificar se a balança está tarada;
- Pedir ao paciente tirar o calçado e o roupão se houver;
- Destruar a balança, pesar o paciente, orientando-o para não tocar em nada;
- Ler, anotar no papel, abaixar o pino da trava e retornar os massores no ponto zero;
- Auxiliar o paciente a colocar o calçado e o roupão;
- Encaminhar o paciente ao leito;
- Fazer a limpeza com água e sabão das balanças.

Materiais:

- Bandeja;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Caneta;
- Papel;
- Álcool 70 % ou sachê.

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 29 - Unidade de Assistência: Colocar e Retirar a Comadre



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Colocar e Retirar a Comadre

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo: Ajudar o paciente impossibilitado de ir ao banheiro sozinho ou com auxílio.

Conceito:

Recipiente que auxilia na micção feminina.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Calçar as luvas;
- Virar a paciente em decúbito lateral;
- Ajustar a comadre;
- Virar o paciente sobre a comadre;
- Aguardar o paciente realizar as necessidades;
- Oferecer papel higiênico;
- Fazer higiene íntima;
- Retirar a comadre, solicitando ao paciente para levantar o corpo, ou, virá-lo em decúbito lateral;
- Cobrir a comadre e colocá-la em cima da cadeira;
- Oferecer água para o paciente lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Desprezar os dejetos no local adequado (expurgo);
- Lavar, e fazer desinfecção com produto padronizado pela ccih e guardar a comadre;
- Tirar as luvas;
- Lavar as mãos.

Materiais:

Luvas de procedimento;

Comadre;

Papel higiênico;

Biombo;

Bacia.

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 30 - Unidade de Assistência: Colocar e Retirar o Papagaio



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Colocar e Retirar o Papagaio

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo: Ajudar o paciente impossibilitado de ir ao banheiro sozinho ou com auxílio.

Conceito:

Recipiente que auxilia na micção masculina.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Calçar as luvas;
- Levar o papagaio para junto do paciente, colocando-o sobre a cadeira (Não colocar na cabeceira ou no chão);
- Dar uma dobra em triângulo na roupa de cama;
- Entregar o papagaio (se o paciente estiver fraco ou impossibilitado, ajudá-lo);
- Deixá-lo sozinho e colocar a campainha ao seu alcance;
- Oferecer água para o paciente lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Desprezar os dejetos no local adequado (expurgo);
- Lavar, e fazer desinfecção com produto padronizado pela ccih, guardar no local apropriado;
- Tirar as luvas;
- Lavar as mãos.

Materiais:

Luvas de procedimento;

Papagaio;

Biombo;

Bacia.

Referência

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova a novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Higiene Ocular

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo: Conservar os olhos livres de sujidade, preservar o pH da conjuntiva, prevenindo o crescimento bacteriano, infecções e inflamações.

Conceito:

Realizado em todos os pacientes internados, principalmente em pacientes com secreção ocular, edema ocular, inconscientes e sedados.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Segurar a gaze e embebê-la na solução fisiológica;
- Pedir para o paciente olhar para cima;
- Remover delicadamente a secreção ocular, partindo da parte interna do olho;
- Repetir o procedimento até remover completamente a secreção;
- Respezar o material utilizado no expurgo e lavar as mãos com água e sabão;
- Checar na prescrição de enfermagem e fazer anotações necessárias.

POP Nº 32- Segurança do Paciente: Feridas



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Feridas curativo

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Conceito:

01. Classificação quanto às causas:

1.1. Feridas Cirúrgicas: são provocadas intencionalmente e se dividem em:

- Incisa: onde não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura;
- Por excisão: onde há remoção de uma área de pele (ex: área doadora de enxerto);
- Por Cirurgia e procedimentos terapêutico-diagnósticos (cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biópsia, etc.)

1.2. Feridas Traumáticas: são aquelas provocadas acidentalmente por agentes:

- Mecânico (contenção, perfuração, corte);
- Químico (por iodo, cosméticos, ácido sulfúrico, etc.);
- Físico (frio, calor, radiação).

1.3. Feridas Ulcerativas: são lesões escavadas, circunscritas na pele, formadas pela morte e expulsão do tecido, resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo.

O Termo úlcera de pele representa uma categoria de ferimento que inclui úlceras de decúbito, assim como de estase venosa, arteriais e úlceras diabética.

02. Classificação quanto ao conteúdo microbiano:

2.1. Limpa: condições assépticas sem microorganismo;

2.2. Limpas – contaminadas: lesão inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa;

2.3. Contaminadas: lesão ocorrida com tempo maior que 6 horas (trauma e atendimento) sem sinal de infecção;

2.4. Infectadas: presença de agente infeccioso no local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos podendo haver pus.

03. Classificação quanto ao Tipo de Cicatrização:

3.1. Feridas de cicatrização de primeira intenção: não há perda de tecidos, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.

3.2. Feridas de cicatrização por segunda intenção: houve perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção.

3.3. Feridas de cicatrização por terceira intenção: é corrigida cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais e estéticos.

04. Classificação quanto ao Grau de Abertura:

4.1. Ferida aberta: tem as bordas da pele afastadas;

4.2. Ferida fechada: tem as bordas justapostas.

05. Classificação quanto ao Tempo de Duração:

5.1. Feridas agudas: são as feridas recentes;

5.2. Feridas crônicas: tem um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. Por exemplo, os pontos epiteliais de uma ferida cirúrgica podem ser retirados com 7 a 10 dias após o procedimento, pois nesse período espera-se ter ocorrido o reparo da lesão, que aguarda apenas a fase de maturação. No caso da ferida não apresentar a fase de regeneração na época esperada, havendo um **retardo**, a ferida é encarada como crônica.

CICATRIZAÇÃO

• **Cicatrização** conjunto de processos complexos, interdependentes, cuja finalidade é restaurar os tecidos lesados.

A cicatrização da ferida é otimizada em ambiente úmido, isto porque a síntese do colágeno e a formação do tecido de granulação são melhoradas, ocorrendo com maior rapidez a recomposição epitelial e, além disso, não há formação de crostas e escaras.

A re-epitelização em feridas expostas ocorre em 6 a 7 dias, enquanto em feridas úmidas ela é mais rápida, totalizando 04 dias. Uma vez que a migração celular acontece em meio úmido as células epidérmicas no primeiro caso, necessitam tuneilizar a crosta formada, secretando colagenase, para atingir a umidade.

01. Fases do Processo de Cicatrização:

1.1. Fase Inflamatória: reação local não específica a danos teciduais ou invasões por microrganismos. Seu início é imediato e a duração é 3 a 5 dias.

É o processo que ocorre no organismo como defesa à lesão tecidual que envolve reações neurológicas, vasculares e celulares que destroem ou barram o agente lesivo e substituem as células mortas ou danificadas, por células saudáveis.

Tem a função de ativar o sistema de coagulação, promover o debridamento da ferida e a defesa contra microrganismos.

São sinais de inflamação: rubor, calor, edema e dor.

Quanto maior a área da ferida, maior será a duração desta fase. Problemas como infecção, corpos estranhos, permanência das fontes causais, podem exacerbar esta resposta e prolongá-la.

1.2 Fase de exsudação ou fase de limpeza inicia-se imediatamente após o aparecimento da ferida. Em termos clínicos estamos diante de um local com inflamação que conduz a um pronunciado exsudato. Nesta fase o organismo inicia a coagulação, limpa a ferida e protege-a da infecção; os tecidos danificados e os germes são removidos (fagocitose).

1.3. Fase de Revascularização (Granulação ou Proliferação): são geradas novas células e forma-se o tecido de granulação (uma espécie de tecido temporário para o preenchimento da ferida). Fibroblastos penetram na ferida em grandes quantidades, inicia-se a síntese do colágeno e os capilares move-se para o centro da ferida. E quanto estas transformações ocorrem, reduz-se a quantidade de exsudato. A forma como se apresenta é agora de tecidos vermelho com um bom fluxo sanguíneo.

1.4. Fase de Reparação - Epitelização - fase de cobertura da ferida pelas células epiteliais. A diferença entre os tecidos torna-se cada vez mais evidente. As bordas da ferida deslocam-se para o centro e a ferida fica gradualmente coberta de tecido epitelial. À medida que a ferida se contrai o tecido vai se formando, o processo de cicatrização fica concluído.

1.5. Maturação - leva um ano nas feridas fechadas e mais nas feridas abertas. Nessa fase diminui a vascularização, o colágeno se reorganiza, o tecido de cicatrização se remodela e fica igual ao normal. A cicatriz assume a forma de uma linha fina e branca. Aumenta a força de distensão local.

02. Fatores que Afetam a Cicatrização:

- Idade: nos extremos de idade o funcionamento do sistema imunológico está alterado, ora por imaturidade, ora por declínio de função;
- Uso de substâncias impróprias para limpeza da ferida: algumas soluções são irritantes e citotóxicas;
- Uso de substâncias impróprias para anti-sepsia: algumas substâncias são lesivas aos fibroblastos;
- Compressão exagerada na oclusão ou na limpeza mecânica da lesão: pode promover necrose dos tecidos;
- Constituição/ peso em relação à altura: na obesidade temos o aumento da espessura do tecido subcutâneo (adiposo), o qual é pobremente vascularizado;
- Estado de nutrição (alimentação e hidratação): para reconstrução tecidual é necessário aporte de nutrientes, especialmente as proteínas;
- Diabetes: além da diminuição da resposta imunológica, os novos capilares podem ser lesados devido a hiperglicemia;
- Uso de drogas: esteroides, imunossupressores, citotóxicos;
- Tabagismo: a nicotina altera o funcionamento do sistema imunológico, as substâncias liberadas pelo cigarro (ou similar) são citotóxicas, além disso, causam vaso constrição, favorecem aterosclerose e hipóxia tecidual, haja vista a diminuição da capacidade de perfusão alveolar;
- Infecção: a presença de microorganismos prolonga a fase inflamatória e a lesão tecidual.

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO

- Gerais: idade, nutrição, mobilidade, estado mental, incontinência, saúde geral, higiene geral;
- Locais: edema, isquemia, lesões de pele, corpos estranhos;
- Drogas: citotóxicos, esteroides, antibióticos;
- Procedimentos invasivos: cauterização, cirurgia, intubação;
- Doenças: carcinoma (leucemia, anemia aplásica), anemia grave, diabetes, doença hepática, doença renal, AIDS;
- Duração da internação pré-operatória: sabe-se que em 48 horas de exposição ambiental ocorre a colonização do paciente pela flora nosocomial, que é especialmente patogênica e antibiótica resistente;
- Ocupação de leitos: quanto maior a taxa de ocupação das enfermarias, maior será o volume de microrganismos circulantes, os quais provêm das pessoas que estão no ambiente.
- Tricotomia: a raspagem mecânica dos pelos cria micro áreas de lesão que servem de porta de entrada para microorganismos. Recomenda-se que em alguns casos os pelos sejam apenas aparados (parto normal) ou, ao realizá-la, que se execute o procedimento o mais próximo possível do ato cirúrgico;
- Não lavagem das mãos por parte da equipe de saúde antes e após manipular cada paciente.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA AVALIAÇÃO DE FERIDAS

A avaliação das feridas direciona o planejamento dos cuidados de enfermagem, implementa a terapia tópica além de proporcionar dados para monitorar a trajetória da cicatrização das feridas. Devemos observar:

Localização anatômica

Tamanho: cm² / diâmetro;

Profundidade: cm;

Tipo / quantidade de tecido: granulação, epitelização, desvitalizado e necrose;

Bordas: aderida, perfundida, macerada, descolada, fibrótica, hiperqueratose;

Pele peri-ulceral: edema, coloração, temperatura, endurecimento, flutuação, crepitação, descamação;

Exsudato: quantidade, aspecto, odor.

01. Tamanho: use a régua para medir, em centímetro, o maior comprimento e a maior largura da superfície da ferida, multipliquem comprimento x largura, para obter a área em cm²;

02. Profundidade: escolha a profundidade e a espessura mais apropriada para a ferida usando essas descrições adicionais:

- Dano tecidual sem solução de continuidade na superfície da ferida;
- Superficial, abrasão, bolha ou cratera rasa. Plana/nivelada com a superfície da pele, e / ou elevado acima da mesma (ex. hiperplasia);
- Cratera profunda com ou sem descolamento de tecidos adjacentes;
- Sem possibilidade de visualização das camadas de tecidos devido à presença de necrose;
- Comprometimento de estruturas de suporte tais como tendão, cápsula de articulação.

03. Tipo de Tecido:

3.1 Tecido Necrosado: escolha o tipo de tecido necrosado predominantemente na ferida de acordo com a cor, a consistência e a aderência, usando o seguinte roteiro:

- Necrose branca/cinza: Pode aparecer antes de a ferida abrir, a superfície da pele está branca ou cinza;
- Esfacelo amarelo, não aderido: Fino, substância mucinosa, espalhado por todo o leito da ferida; facilmente separado do tecido da ferida;
- Esfacelo amarelo, frouxamente aderido: Espesso, viscoso, pedaços de fragmentos, aderido ao leito da ferida;
- Tecido preto, macio e aderido: Tecido saturado de umidade; firmemente aderido ao leito da ferida;
- Tecido preto / duro, firmemente aderido: Tecido firme e duro, fortemente aderido ao leito e às bordas da ferida (como uma crosta dura / casca de ferida).

Obs: *Quantidade de Tecido Necrosado:* Determinar o percentual de ferida envolvida.

3.2. Tecido de Granulação: tecido de granulação é o crescimento de pequenos vasos sanguíneos e de tecido conectivo para preencher feridas de espessura total. O tecido é saudável quando é brilhante, vermelho vivo, lustroso e granular com aparência aveludada.

Quando o suprimento vascular é pobre, o tecido apresenta-se de coloração rosa pálido ou esbranquiçado para o vermelho opaco.

04. Exsudato: algumas coberturas interagem com a drenagem da ferida produzindo um gel ou um líquido que pode confundir a avaliação. Antes de fazer a avaliação do tipo de exsudato, limpe cuidadosamente a ferida com soro fisiológico ou água. Escolha o tipo de exsudato predominante na ferida de acordo com a cor e a consistência, usando o seguinte roteiro:

4.1. Tipo de Exsudato:

- Sanguinolento: Fino, vermelho brilhante;
- Serosanguinolento: Fino, aguado, de vermelho pálido para róseo;
- Seroso: Fino. Aguado, claro;
- Purulento: Fino ou espesso, de marrom opaco para amarelo;
- Purulento pútrido: Espesso, de amarelo opaco para verde, com forte odor.

4.2. Quantidade de Exsudato: Determinar o percentual da cobertura envolvida com o exsudato. Use o seguinte roteiro:

- Nenhum: Tecidos da ferida secos;
- Escasso: Tecidos da ferida úmidos, exsudato não mensurável;
- Pequena: Tecidos da ferida molhados; umidade distribuída uniformemente na ferida; drenagem envolve 25% da cobertura;
- Moderada: Tecidos da ferida saturados; a drenagem pode ou não estar distribuída uniformemente na ferida; a drenagem envolve > 25% para < 75% da cobertura;
- Grande: Tecidos da ferida banhados em fluídos; drenagem abundante; pode ou não estar distribuída uniformemente na ferida; a drenagem envolve > 75% da cobertura.

05. Bordas: use este roteiro

- Indistinta difusa: Não há possibilidade de distinguir claramente o contorno da ferida;
- Aderida: Plana / nivelada com o leito da ferida, sem presença de paredes;
- Não aderida: Presença de paredes; o leito da ferida é mais profundo que as bordas;
- Enrolada para baixo, espessada / grossa: De macia para firme e flexível ao toque;
- Hiperqueratose: Formação de tecido caloso ao redor da ferida e até as bordas
- Fibrótica, com cicatriz: Dura, rígida ao toque.

5.1. Descolamento: para avaliar insira um aplicador com a ponta de algodão sob a borda da ferida, introduza-o tão longe quanto possível sem forçar; levante a ponta do aplicador de forma que possa ver visualizada ou sentida na superfície da pele ao redor da ferida; marque a superfície com uma caneta; meça a distância entre a marca na pele e a borda da ferida. Continue o processo ao redor de toda a ferida. Determinar aproximadamente a porcentagem da ferida envolvida.

06. Pele peri-ulceral:

6.1. Cor da Pele ao Redor da Ferida: a partir da borda avalie quatro cm de pele ao redor da ferida. As pessoas de pele escura apresentam colorações “vermelho brilhante” e “vermelho escuro” como um escurecimento normal da pele ou roxo, e conforme a cicatrização vai ocorrendo o novo epitélio apresenta coloração rósea e poderá nunca vir a escurecer.

6.2. Edema de Tecido Periférico: a partir da borda avalie 04 cm de tecidos ao redor da ferida. A pele edemaciada sem formação de sulco apresenta-se brilhante e esticada. Para identificar o edema com formação de sulco/depressão/escavação comprima firmemente o local com um dedo durante cinco segundos; ao ser aliviada a pressão exercida os tecidos não retornam a posição prévia e aparece um sulco/escavação. Crepitação é o acúmulo de ar ou gás nos tecidos. Determinar a distancia do edema além da ferida.

6.3. Endurecimento do Tecido Periférico: a partir da borda avalie 04 cm de tecidos ao redor da ferida. O endurecimento é reconhecido pela firmeza anormal dos tecidos periféricos.

Avalie beliscando cuidadosamente os tecidos. O endurecimento resulta em uma inabilidade de se pinçar os tecidos. Determinar a porcentagem de área envolvida.

07. Estágio: classificação baseada no comprometimento tecidual e se dividem em 4 estágios de acordo com a sua profundidade:

- Estágio 1: não há perda tecidual, ocorre comprometimento apenas da epiderme, com presença de eritema em pele intacta;
- Estágio 2: perda de tecido envolvendo a epiderme, a derme ou ambas (a úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou úlcera rasa);
- Estágio 3: perda total da pele, com necrose de tecido substancial, sem comprometimento da fáscia muscular (a ferida apresenta-se clinicamente como úlcera profunda);
- Estágio 4: ocorre destruição extensa de tecido, necrose tissular ou lesão de osso, músculo ou estruturas de suporte.

CONCEITOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO DE FERIDAS

1. Antissepsia: é o processo que visa a destruição ou inativação de microrganismos das camadas superficiais ou profundas de tecidos de um organismo vivo;
2. Assepsia: é o conjunto de técnicas utilizadas para evitar a chegada de germes a um local que não os contenha;
3. Assepsia médica: técnicas que visam impedir o crescimento de microrganismos em locais que possuem flora normalmente;
4. Assepsia cirúrgica: diz-se das técnicas utilizadas para impedir proliferação e crescimento de microrganismos onde não existem infecções;
5. Degermação: remoção de detritos e impurezas sobre a pele, aliado a redução da flora microbiana local, mediante uso de degermante;
6. Esterilização: processo que visa destruição de todo microrganismo inclusive a forma esporulada. A esterilização pode se dar por processos químicos (ex. glutaraldeído) ou físicos (ex. autoclave);
7. Desinfecção: Processo físico ou químico (ex. álcool a 70%) que destrói os microorganismos na forma vegetativa (menos os esporos) de objetos;
8. Antisséptico: preparação química que reduz o número de microrganismos seja destruindo-os, ou inativando-os (usado em **superfície viva**);

9. Detergente: preparação química que promove limpeza purifica ou clareia uma superfície inanimada;

10. Degermante: preparação química que por meio de ação física produz limpeza e simultaneamente por meio antimicrobiano reduz o número de microrganismos da pele;

11. Sepsis: presença de organismos patogênicos e formadores de pus ou toxinas, no sangue ou nos tecidos; a septicemia (disseminação de microrganismos patogênicos pela corrente sanguínea) é um tipo comum de sepsis;

Classificação:

Aberto: é aquele no qual se utiliza apenas o antisséptico, mantendo a ferida exposta. (Ferida cirúrgica limpa com 48 horas de evolução ou mais);

Oclusivo: curativo que após a limpeza da ferida e aplicação do medicamento é fechado ou ocluído com gaze ou atadura;

Seco: Fechado com gaze ou compressa seca (não se usa nada na gaze);

Úmido: fechado com gaze ou compressa umedecida com pomada ou soluções prescritas.

Compressivo: é aquele no qual é mantida compressão sobre a ferida para estancar hemorragias, eviscerações, etc...

Drenagens: nos ferimentos com grande quantidade de exsudato coloca-se o dreno (Penrose, Kehr), tubos, tubulares ou bolsas de colostomia.

Desbridamento: é a retirada de tecido necrosado, sem vitalidade, utilizando cobertura com ação desbridante ou retirada mecânica com pinça tesoura ou bisturi.

Referência

Resolução COFEN nº 567/2018

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP N° 32- Segurança do Paciente: Curativo



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Curativo

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo:

- Auxiliar o organismo a promover a cicatrização;
- Eliminar os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão;
- Diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.

Conceito:

É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

Antes de Iniciar o Curativo, deve-se realizar:

- Avaliação do estado do paciente, principalmente os fatores que interferem na cicatrização, fatores causais, risco de infecção;
- Avaliação do curativo a ser realizado, considerando-os em função do tipo de ferida;
- Orientação do paciente sobre o procedimento;
- Preparo do ambiente (colocar biombos quando necessário, deixar espaço na mesa de cabeceira para colocar o material a ser utilizado, fechar janelas muito próximas, disponibilizar lençol ou toalha para proteger o leito e as vestes do paciente quando houver possibilidade de que as soluções escorram para áreas adjacentes);
- Preparar o material e lavar as mãos;
- Fazer o planejamento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material na bandeja e levar a unidade do paciente;
- Informar o paciente o que vai ser feito;
- Cercar a cama com biombo;
- Retirar a bandeja, soro fisiológico, gazes e benzina, esparadrapo ou fita crepe e colocar na mesa auxiliar entre a bandeja e o paciente em ordem de uso;
- Expor a área a ser realizado o curativo;

- Pegar o saquinho e prender o lado esquerdo do curativo ficando a bandeja do lado direito do mesmo;
- Abrir cuidadosamente o pacote de curativos sobre a bandeja;
- Pegar a pinça anatômica ou dente de rato com a mão esquerda sob o campo. Com a mão direita segurar a pinça pelo cabo;
- Dispor as demais pinças sobre o campo com o auxílio da pinça anatômica ou dente de rato de modo que seus cabos fiquem voltados para fora, fazer uma prega no campo para evitar que as pinças escorreguem para dentro do mesmo. Dividi-lo em duas áreas, limpa e suja;
- Abrir o pacote gaze colocando-os sobre o campo com auxílio da pinça anatômica;
- Montar a gaze na pinça Kocher dobrando-a em 4 com o auxílio da pinça dente rato;
- Segurar as pinças com a mão esquerda, com a mão direita pegar o frasco de benzina, desprezar a primeira porção no lixo e embeber a gaze;
- Segurar o adesivo com a pinça dente de rato e desprendê-lo com o auxílio da pinça Kocher;
- Despreza a gaze no saquinho de lixo;
- Remover o curativo, observar a quantidade e característica da secreção e colocá-lo no saquinho. Se as gazes estiverem aderidas à ferida umedecer previamente com o soro fisiológico;
- Colocar as pinças abertas em um canto do campo, dividindo-o em partes limpa e suja;
- Pegar a pinça Kelly e anatômica, montar a gaze em 4;
- Segurar as pinças na mão esquerda, com a mão direita pegar o frasco de soro fisiológico, desprezar a primeira porção no saquinho;
- Realizar a antisepsia da ferida com movimento único, utilizando todos os lados da gaze;
- Cobrir a ferida com a gaze;
- Colocar as pinças aberta no campo;
- Fixar as gazes com adesivo;
- Envolver o lixo, fechar o saquinho e colocar na bandeja;
- Cobrir o paciente e deixá-lo confortável;
- Deixar a unidade em ordem;
- Levar a bandeja ao expurgo;
- Desprezar o lixo no balde com lixo hospitalar;
- Colocar as pinças de molho com água e sabão na caixa de material sujo do expurgo;
- Realizar a desinfecção de a mesinha auxiliar, com produto padronizado pela ccih;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário: região, quantidade de secreção e a característica das secreções, especialmente quanto a evolução da lesão e queixas do paciente.

Materiais:

Bandeja;

Pacote de curativo: pinça Kelly, Kocher, Anatômica, Dente de rato;

Esparadrapo ou fita crepe;

Gazes na quantidade adequada ao tamanho do curativo;

Soro fisiológico 0,9%;

Medicação prescrita pelo médico;

Saquinho para lixo – mesinha auxiliar.

Referência

Resolução COFEN nº 567/2018

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 33 - Urgência e Emergência: Curativo em Dreno de Tórax



**Procedimento Operacional Padrão
(POP)**

Curativo em Dreno de Tórax

Elaborado em:
Maio/2024

Revisado em:
Julho/2026

Objetivo: introdução de um cateter dentro do espaço pleural ou mediastino, com a finalidade de retirar gases e líquidos, facilitando assim a expansão do pulmão e o perfeito funcionamento cardio respiratório.

Conceito:

A troca de curativo do cateter venoso central deve ser realizada diariamente. Se for observado edema ou hiperemia no local de inserção do cateter, avisar ao enfermeiro ou ao médico imediatamente.


Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente lateralmente, sobre o lado onde não se encontra o dreno;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Manter com uma das mãos o dreno fixado ao local;
- Remover com a outra mão, cuidadosamente, o curativo;
- Observar se há presença de secreção nas gazes para posterior anotação (pequena quantidade de secreção sero-sanguinolento no local de inserção do dreno é comum);
- Observar a pele no local de inserção do dreno, para identificar se há presença de hiperemia e/ou edema, para posterior anotação;

- Apalpar, delicadamente, ao redor do local de inserção do dreno, para identificar se há presença de crepitações;
- Limpar o local com solução com gaze embebida com solução anti-séptica;
- Envolver com gaze a parte do dreno próximo à pele;
- Colocar gazes entre o dreno e a pele e sobre o dreno;
- Colocar tiras largas de esparadrapo ou micropore para vedar completamente o curativo;
- Observar o posicionamento correto do dreno, evitando dobras e voltas que possam prejudicar a drenagem;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Anotar no curativo, data, hora e nome do realizador;
- Registrar no prontuário a troca do curativo, aspecto do local de inserção do dreno e as queixas do paciente;

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Retirada de Pontos	Elaborado em: Fev/2024
		Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Os pontos de suturas na pele devem ser mantidos até que a cicatrização seja suficiente para sustentar uma tensão similar à dos fios. Os tempos devem ser maiores nos pacientes com problema de cicatrização. Nos locais com pele enrugada e sem tensão, a retirada dos pontos pode ser mais precoce.

Conceito:

Os pontos deverão ser retirados somente por solicitação médica.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Informar ao paciente o procedimento o qual será realizado;
- Cercar a cama com biombos;
- Dispor o material sobre a mesa de cabeceira;
- Expor a área e colocar a cuba rim próximo ao local dos curativos;
- Abrir cuidadosamente o pacote de curativo sobre a bandeja;
- Dispor as pinças;
- Retirar o curativo;
- Proceder a antisepsia da incisão;
- Colocar uma gaze próxima à incisão;
- Retirar os pontos, usando a pinça Anatômica na mão esquerda, para segurar o fio, e a tesoura na mão direita para cortá-lo;
- Cortar o fio abaixo do nó, bem próximo da pele;
- Desprezar a gaze e a tesoura;
- Proceder nova antisepsia da cicatriz incisional;
- Realizar o curativo se necessário;
- Desprezar o lixo;
- Desprezar o material no expurgo;
- Organizar a unidade
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos.



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Sondagem Nasogástrica

Elaborado em:
Fev/2024

Revisado em:
Abril/2026

Objetivo:

- Alimentar pacientes impossibilitados de deglutir ou inconscientes;
- Eliminar secreção em casos de estase gástrica;
- Preparar pacientes para cirurgias do aparelho digestivo;
- Lavagem gástrica em caso de ingestão de substâncias tóxicas;
- Eliminar ar existente no estômago;
- Colher secreção gástrica para exames;
- Para drenagem (esvaziamento gástrico).

Conceito:

A Sondagem Nasogástrica é a introdução de uma sonda (tubo) flexível através do nariz até a cavidade gástrica.

Responsabilidades:

Enfermeiro

Procedimento Técnico:

- Fazer planejamento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a unidade do paciente na mesinha auxiliar;
- Informar ao paciente o que vai ser feito;
- Cercar a cama com biombos;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Colocar o paciente em posição de Fowler;
- Colocar a cuba rim ao lado do paciente;
- Abrir o pacote de gazes e o invólucro da sonda nasogástrica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a sonda do invólucro e proceder à medida, tomando como **Referência** a extremidade da sonda;
- Iniciar a medida do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, e desta até o apêndice xifoide. Acrescentar mais 3 a 4 cm;
- Marcar o local na sonda com esparadrapo;
- Colocar a lidocaina na gaze e lubrificar a sonda;
- Desprezar a gaze no recipiente de lixo;
- Fletir a cabeça do paciente, procurando encostar o queixo no tórax;
- Iniciar a introdução da sonda por uma das narinas;

- A medida que for introduzindo a sonda pedir para o paciente deglutir até a marca;
- Retirar a sonda a qualquer sinal de dispneia ou cianose;
- Testar a sonda:
- Injetar 10 ml de ar na sonda e auscultar com o estetoscópio, colocando sobre a região epigástrica;
- Pode-se colocar a extremidade da sonda em um copo com água e observar borbulha;
- Pode-se aspirar para verificar refluxo gástrico;
- Som característico indica estar no estomago;
- Fechar a sonda com a tampa própria se for para alimentação;
- Fixar a sonda com esparadrapo sobre o nariz;
- Datar a sonda nasogástrica e ou sonda orogastrica;
- Deixar a sonda aberta no saco coletor;
- Tirar as luvas de procedimento;
- Retirar a cuba rim do leito e colocar na mesinha auxiliar;
- Retirar a toalha de rosto e colocar na cabeceira da cama;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Colocar a seringa descartável na tampa de plástico;
- Recolher o material, levar ao expurgo.
- Desprezar o lixo;
- Lavar e guardar o material;
- Realizar desinfecção de a mesinha auxiliar;
- Anotar no prontuário: hora, tipo e número da sonda, volume de secreção gástrica e intercorrências se houver;

Materiais:

Mesinha auxiliar;

1 tubo de xylocaina geléia;

1 seringa descartável de 20 ml;

Recipiente para lixo (saquinho)

Luvas de procedimento;

1 cuba rim;

Pacote de gaze;

1 pedaço de esparadrapo para fixar a sonda;

1 pedaço de esparadrapo para datar a sonda;

Estetoscópio

Toalha de rosto;

1 saco coletor;

Biombo;

SNG.

Referência

Resolução COFEN nº 567/201

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

<p>Referência</p> <p>POP Nº 36 Unidade de Assistência/Nutrição: Retirada da Sonda Nasogástrica</p>				
	<p>Procedimento Operacional Padrão (POP)</p>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;"> <p>Retirada da Sonda Nasogástrica</p> </td> <td style="width: 30%;"> <p>Elaborado em: Fev/2024</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <p>Revisado em: Abril/2026</p> </td> </tr> </table>	<p>Retirada da Sonda Nasogástrica</p>	<p>Elaborado em: Fev/2024</p>	
<p>Retirada da Sonda Nasogástrica</p>	<p>Elaborado em: Fev/2024</p>			
	<p>Revisado em: Abril/2026</p>			
<p>Objetivo: é a retirada da sonda nasogástrica, quando o paciente já esta possibilitado de se alimentar.</p>				
<p>Conceito: Retirada da sonda é realizada apenas com ordem médica.</p>				
<p>Responsabilidades: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.</p>				
<p>Procedimento Técnico:</p>				

- Lavar as mãos;
- Preparar o material e levar a unidade do paciente;
- Informar ao paciente o que vai ser feito;
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Aspirar a sonda e se houver secreção desprezar na cuba rim;
- Retirar o esparadrapo com algodão embebido em benzina;
- Manter a sonda fechada;
- Pegar na sonda próxima a narina e comprimi-la com auxílio da gaze;
- Solicitar para o paciente não respirar;
- Retirar a sonda;
- Solicitar ao paciente que volte a respirar;
- Limpar as narinas do paciente com gaze;
- Retirar a toalha do tórax do paciente e colocar na cabeceira da cama;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Levar o material ao expurgo, desprezar o lixo;
- Lavar a bandeja e guardar;
- Lavar as mãos;
- Realizar a anotação de enfermagem no prontuário do paciente: horário da retirada da sonda e o motivo.

Materiais:

- Bandeja;
- Gaze;
- Benzina;
- 1 bola de algodão;
- Cuba rim;
- Toalha de rosto;
- Seringa;

Referência

Resolução COFEN nº 567/2018

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Cateterismo Vesical

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária; testar se a ausência de urina é por anúria ou retenção urinária; coletar urina para exame em paciente que não tem controle de esfíncter.

Conceito:

Consiste na introdução de um cateter estéril através da uretra até a bexiga, utilizando-se técnica asséptica. A manutenção do sistema de drenagem fechado deve ser precedida de assepsia rigorosa para que seja afastada a possibilidade de infecção urinária decorrente do procedimento.

Tipos de cateterismo vesical:

1. Cateterismo de alívio
2. Cateterismo de demora
3. Cateterismo intermitente

Responsabilidades:

Enfermeiro

Cateterismo Vesical Feminino

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Reunir o material e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar biombos ao redor do leito do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, resguardando a exposição da genitália, colocando um lençol como proteção;
- Colocar a comadre sob a região glútea da paciente;
- Colocar luvas de procedimento;
- Fazer higiene íntima no paciente;

- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Preparar o sistema de drenagem fechado, colocando a bolsa coletora sobre a parte baixa da armação da cama, e trazendo o tubo de drenagem que será conectado à sonda, para cima da cama;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas do cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
- Dispor o saco de lixo próximo à cama do cliente;
- Abrir e colocar sobre o campo: agulha de aspiração, seringa, sonda vesical, gazes e o coletor de urina;
- Colocar a solução antisséptica clorexidina aquosa 0,2% na cuba redonda;
- Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira caso não tenha auxílio de outro profissional;
- Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha de aspiração, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento) e desprezar a primeira porção de geleia;
- Colocar a geleia anestésica sobre a gaze;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aspirar água destilada;
- Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
- Conectar a sonda na extensão do coletor;
- Lubrificar a sonda com geleia anestésica;
- Fazer antisepsia da vulva e meato uretral, com a solução de clorexidina aquosa 0,2%, utilizando as "bonequinhas de gaze", uma para cada região, desprezando-as na sequência: começar pela vulva e grande lábio direito, fazendo a antisepsia com movimentos em sentido único, a seguir, vulva e grande lábio esquerdo, após pequenos lábios direito, após pequenos lábios esquerdos, sempre de cima para baixo, e por último meato uretral;
- Expor o vestíbulo vaginal separando os pequenos lábios com o dedo indicador e o polegar;
- Inserir a sonda aproximadamente 8 cm até visualizar o refluxo da urina;
- Insuflar o balão com a quantidade de água indicada;
- Tracionar a sonda com movimentos delicados até encontrar resistência;
- Fixar a sonda na face lateral da coxa com fita adesiva, sem tracionar;

- Deixar o cliente em posição confortável;
- Recolher material e desprezar no saco plástico para lixo;
- Retirar as luvas e desprezá-las;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Anotar o procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente, indicando tipo e calibre da sonda, materiais utilizados, orientações fornecidas ao cliente e situações de queixas ou intercorrências;
- Checar o procedimento na prescrição médica.

Cateterismo Vesical Masculino

- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool à 70%;
- Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- Apresente-se ao cliente e oriente sobre o que será feito;
- Preparar o ambiente favorecendo a privacidade do cliente;
- Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
- Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada, exceto se o cliente já tiver tomado banho;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas do cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
- Disponer o saco de lixo próximo à cama do cliente;
- Abrir e colocar sobre o campo: agulha de aspiração, seringa, sonda vesical, gazes e o coletor de urina;
- Colocar a solução antisséptica clorexidina aquosa 0,2%" na cuba redonda;
- Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre a mesa de cabeceira caso não tenha auxílio de outro profissional;
- Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha de aspiração, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento) e desprezar a primeira porção de geleia;
- Colocar a geleia anestésica sobre a gaze;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aspirar água destilada;
- Testar o balão, introduzindo quantidade de água recomendada pelo fabricante;
- Conectar a sonda na extensão do coletor;
- Segurar o pênis perpendicular ao corpo, retraindo o prepúcio;

- Realizar antissepsia com a solução de clorexidina aquosa 0,2%, em movimentos circulares na glândula e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;
- Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;
- Injetar 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário, lentamente e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 minuto, a fim de evitar refluxo da geleia;
- Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel;
- Inserir a sonda até a bifurcação, cerca de 15 cm a 20 cm, com movimentos para baixo, enquanto segura o pênis elevado, perpendicularmente;
- Abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na região da uretra bulbar;
- Insuflar o balão com a quantidade de água indicada;
- Tracionar a sonda com movimentos delicados até encontrar resistência;
- Fixar a sonda na face lateral da coxa com fita adesiva, sem tracionar;
- Deixar o cliente em posição confortável;
- Recolher material e desprezar no saco plástico para lixo;
- Retirar as luvas e desprezá-las;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Anotar o procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente, indicando tipo e calibre da sonda, materiais utilizados, orientações fornecidas ao cliente e situações de queixas ou intercorrências;

Materiais:

- Pacote de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda pequena, pinça pean, gaze estéril);
- Sonda de Foley duas vias de tamanho compatível com a estrutura do paciente;
- Lubrificante estéril: xilocaína geleia a 2% ou vaselina estéril (tubo);
- Um par de Luvas estéreis;
- Um par de luvas de procedimento;
- Uma seringa estéril de 20 ml;
- Uma agulha 25x7;
- Bolsa coletora de urina de sistema fechado para cateterismo vesical de demora;
- Comadre;
- Biombo;
- Foco (se necessário);

- Gaze estéril;
- Clorexidina aquosa 0,2%;
- Ampola de água destilada para encher o balão da sonda.

Referência

Resolução COFEN nº 567/2018

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 38 - Unidade de Assistência: Sondagem Vesical de Alívio



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Sondagem Vesical de Alívio

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária; testar se a ausência de urina é por anúria ou retenção urinária; coletar urina para exame em paciente que não tem controle de esfíncter.

Conceito:

Realizar a sondagem vesical de alívio para esvaziar a bexiga.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

Procedimento Técnico:

Cateterismo Vesical de Alívio Masculino

- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool à 70%;
- Reunir o material e levar ao leito do cliente;
- Apresente-se ao cliente e oriente sobre o que será feito;
- Preparar o ambiente favorecendo a privacidade do cliente;
- Colocar o cliente em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
- Realizar higiene íntima no cliente, conforme técnica padronizada, exceto se o cliente já tiver tomado banho;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas do cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
- Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
- Abrir e colocar sobre o campo: seringa, sonda vesical, gazes e o coletor de urina;
- Colocar a solução antisséptica "clorexidina aquosa 0,2%" na cuba redonda;
- Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha de aspiração, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento) e desprezar a primeira porção de geleia;

- Calçar as luvas estéreis;
- Segurar o pênis perpendicular ao corpo, retraindo o prepúcio;
- Realizar antissepsia com a solução de clorexidina aquosa 0,2%, em movimentos circulares na glândula e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;
- Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;
- Injetar 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário, lentamente e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 minuto, a fim de evitar refluxo da geleia;
- Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel;
- Inserir a sonda até a bifurcação, cerca de 15 a 20 cm, com movimentos para baixo, enquanto segura o pênis elevado, perpendicularmente;
- Abaixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na região da uretra bulbar;
- Observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração;
- Retirar a sonda;
- Deixar o cliente em posição confortável;
- Recolher material e desprezar no saco plástico para lixo;
- Retirar as luvas e desprezá-las;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Anotar o procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente, indicando tipo e calibre da sonda, materiais utilizados, orientações fornecidas ao cliente e situações de queixas ou intercorrências;

Cateterismo Vesical de Alívio Feminino

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Reunir o material e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar biombos ao redor do leito do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica, resguardando a exposição da genitália, colocando um lençol como proteção;
- Colocar a comadre sob a região glútea da paciente;
- Colocar luvas de procedimento;
- Fazer higiene íntima no paciente;
- Retirar luvas de procedimentos;

- Lavar as mãos;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical entre as pernas do cliente, em posição diagonal, com a ponta próxima a região glútea;
- Dispor o saco de lixo próximo a cama do cliente;
- Abrir e colocar sobre o campo: seringa, sonda vesical, gazes e o coletor de urina;
- Colocar a solução antisséptica "clorexidina aquosa 0,2%" na cuba redonda;
- Abrir a geleia anestésica com o auxílio da agulha de aspiração, nunca com a tampa (risco de contaminação do medicamento) e desprezar a primeira porção de geleia;
- Colocar a geleia anestésica sobre a gaze;
- Calçar as luvas estéreis;
- Lubrificar a sonda com geleia anestésica;
- Fazer antisepsia da vulva e meato uretral, com a solução de clorexidina aquosa 0,2%, utilizando as "bonequinhas de gaze", uma para cada região, desprezando-as na sequência: começar pela vulva e grande lábio direito, fazendo a antisepsia com movimentos em sentido único, a seguir, vulva e grande lábio esquerdo, após pequenos lábios direito, após pequenos lábios esquerdos, sempre de cima para baixo, e por último meato uretral;
- Expor o vestíbulo vaginal separando os pequenos lábios com o dedo indicador e o polegar;
- Inserir a sonda aproximadamente 8 cm até visualizar o refluxo da urina;
- Insuflar o balão com a quantidade de água indicada;
- Observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração;
- Retirar a sonda;
- Deixar o cliente em posição confortável;
- Recolher material e desprezar no saco plástico para lixo;
- Retirar as luvas e desprezá-las;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Anotar o procedimento em impresso próprio, no prontuário do cliente, indicando tipo e calibre da sonda, materiais utilizados, orientações fornecidas ao cliente e situações de queixas ou intercorrências;
- Checar o procedimento na prescrição médica.

Materiais:

Pacote de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda pequena, pinça pean, gaze estéril);

- Sonda uretral de tamanho compatível com a estrutura do paciente;
- Lubrificante estéril: xilocaína geleia a 2% (tubo);
- Um par de Luvas estéreis;
- Um par de luvas de procedimento;
- Comadre;
- Biombo;

Seringa 20 ml;

- Foco (se necessário);
- Gaze estéril;
- Clorexidina aquosa 0,2%.

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Retirada de Sonda Vesical

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

A retirada da sonda acontecerá devido:

Ao tempo, não ultrapassar 30 dias;

- Obstrução da luz do cateter ou do coletor;
- Contaminação do cateter por técnica inapropriada de instalação;
- Desconexão acidental do cateter com o coletor;
- Urina de aspecto purulento dentro da bolsa coletora;
- Aspecto de deteriorização do cateter ou coletor de urina;
- Solicitação médica;
- Alta do paciente.

Conceito:

A retirada da sonda vesical de demora, só deverá ser realizada com a solicitação médica.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material numa bandeja;
- Levar a bandeja até o quarto do paciente;
- Calçar a luva;
- Conectar a seringa no dispositivo da sonda e esvaziar o balão;
- Pegar a sonda com gaze, retirar e colocá-la dentro da cuba rim;
- Desprezar o prolongamento e o coletor de urina;
- Anotar o volume e aspecto da urina desprezada;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o material e o lixo;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

Materiais:

Bandeja;

Seringa 10ml;

Gaze;

Cuba rim, Luva de procedimento

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 40 - Unidade de Assistência: Clister e Enema



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Clister e Enema

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação intestinal e em alguns casos para o preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico, como exames contrastados, retossigmóscopia, colonoscopia e enema medicamentoso.

Conceito:

Consiste na introdução de uma sonda através do ânus, até que atinja a parte terminal do intestino grosso para instilação de certa quantidade de solução.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
- Lavar as mãos;
- Usar EPI Prevenção Padrão;
- Separar a medicação, na quantidade (volume) prescrita;
- Levar o material na bandeja (cuba rim) até ao leito do paciente;
- Informar ao paciente o procedimento que será realizado, assim como sua função;
- Arrumar a unidade do paciente: Cercar a cama com biombos, proteger o colchão com impermeável e lençol móvel, acomodar a comadre próxima ao paciente;
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com vaselina gel ou xilocaína gel;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida; (posição de Sims);
- Calçar a luva de procedimentos;
- Entrearbrir as nádegas com papel higiênico;
- Introduzir a sonda retal no ânus, aproximadamente de 5 a 10 cm, utilizando gaze;
- Firmar a sonda com uma mão e com a outra adaptar o frasco da solução indicada na extremidade da sonda retal;
- Introduzir toda a solução lentamente;
- Retirar a sonda suavemente;
- Orientar o paciente para reter a solução, o quanto puder;

- Proporcionar um fechamento mecânico, apertando suavemente as duas partes das nádegas de forma que a solução não retorne de imediato;
- Posicionar a comadre sob o paciente no decúbito dorsal;
- Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para o esvaziamento intestinal;
- Observar o resultado do clister;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Colocar novas luvas de procedimentos;
- Fazer uma higiene íntima do paciente;
- Auxiliar o paciente a vestir-se;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Checar a medicação prescrita;
- Fazer registro do procedimento em ficha única e do resultado do mesmo.

Materiais:

Bandeja (cuba rim);

Medicação prescrita (Clister glicerinado, soro fisiológico);

Sonda retal de numeração adequada ao paciente;

Vaselina gel ou xilocaína gel;

Gaze;

Papel higiênico;

Comadre;

Luva de procedimentos;

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Glicemia Capilar

Elaborado em: Fev//2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: controlar níveis de glicose em pacientes diabéticos,

Conceito:

É a dosagem de glicose no sangue capilar.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Fazer o planejamento;
- Agrupar todo material numa bandeja
- Lavar as mãos;
- Colocar luva de procedimento;
- Selecionar o local da punção (polpas do dedos- mãos ou pés);
- Anti-sepsia local com álcool sachê;
- Pressionar e puncionar com lanceta;
- Fazer com que a área reagente da fita teste entre em contato com o sangue;
- Secar o local da punção, certificando-se da interrupção de sangue;
- Controlar o tempo de reação conforme a fita teste;
- Interpretar o resultado;
- Anotar;
- Corrigir se necessário, verificar prescrição de enfermagem;

Materiais:

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Fita teste para glicemia;
- Lanceta;
- Algodão com e sem álcool sachê;
- Aparelho para medir.

Metas individualizadas em diversas situações no Diabetes

	Pacientes DM1 ou DM2	Idoso Saudável*	Idoso Comprometido (Frágil)*
HbA1c %	<7,0	<7,5	<8,0
Glicemia de Jejum e Pré Prandial	80-130	80-130	90-150
Glicemia 2h Pós-Prandial	<180	<180	<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180
TIR 70-180 mg/dL	>70%	> 70%	>50%
T Hipog <70 mg/dL	<4%	<4%	<1%
T Hipog <54 mg/dL	<1%	<1%	0

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 42 - Unidade de Assistência: Aplicação de Insulina



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Aplicação de Insulina

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: diminuir, correção ou controlar a glicemia.

Conceito:

Realizar a correção do HGT, conforme prescrição médica.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Conferir o frasco de insulina com o nome da insulina prescrito;
- Agitar o frasco de insulina (rolar entre as mãos);
- Limpar a tampa do frasco com o algodão umedecido em álcool sachê;;
- Aspirar a quantidade de insulina prescrita;
- Trocar a agulha que aspirou por outra, para injetar;
- Fazer a anti-sepsia da pele com álcool sachê onde será injetada a insulina;
- Fazer uma prega cutânea;
- Segurar a seringa como um lápis 90º e introduzir na prega cutânea;
- Aspirar e certificar de que não há sangue;
- Injetar;
- Retirar a agulha;
- Comprimir levemente o local da injeção com algodão seco sem massagear.

Materiais:

- Bandeja;
- Seringa 1ml;
- Agulha de insulina 13X4,5;
- Insulina (NPH, Regular ou a de escolha);
- Algodão;
- Álcool sachê;
- Alcool 70 %

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 43 - Unidade de Assistência: Realização de ECG



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Realização de ECG

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: fechar diagnósticos.

Conceito:

O eletrocardiograma (ECG) é um exame de saúde na área de no qual é feito o registro da variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Encaminhar o paciente à sala de exame ou levar o eletrocardiograma ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento o qual ser realizado;
- Pedir ao paciente para retirar a blusa e sutiã (mulher);
- Cobrir o paciente com lençol;
- Certificar que não há contato do corpo do paciente com partes metálicas do leito;
- Desligar o telefone celular;
- Deitar em decúbito dorsal;
- Verificar se o cabo dos eletrodos está devidamente conectado;
- Fixar os eletrodos na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas, evitando proeminências ósseas:

RA – braço direito

LA – braço esquerdo

RL – perna direita

LL – perna esquerda

- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais;
- Atentar para posicionamento adequado;

V1 - 4º espaço intercostal, no bordo direito do esterno;

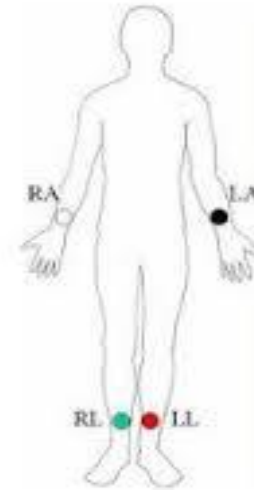
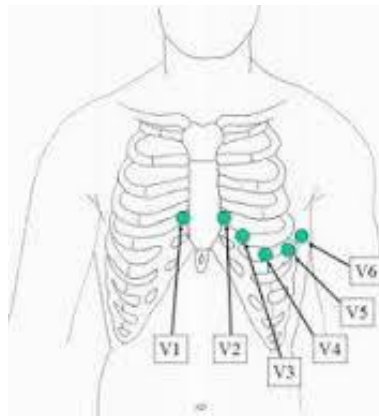
V2 - 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo do esterno;

V3 - Situado entre V2 e V4;

V4 - Interseção da linha hemiclavicular esquerda e 5º espaço intercostal;

V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;

V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média;



Após a realização do exame:

Retirar os eletrodos;

Ajudar o paciente a se vestir;

Entregar o ECG para o médico ou colocar no prontuário do paciente;

Escrever no papel do eletro nome completo, data de nascimento.

Materiais:

- Aparelho de eletrocardiograma;
- Alcool 70%
- Algodão embebido

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Técnica de Aplicação de Frio

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

- Aliviar a dor;
- Controlar hemorragias;
- Limitar o acúmulo de líquido do tecido nas contusões, distensões;
- Diminuir processos inflamatórios;
- Abaixar a temperatura corporal.

Conceito:

A aplicação cutânea de frio é utilizada para tratamento de doenças e alívio da dor.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Fazer o planejamento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material na bandeja;
- Verificar a integridade da bolsa e da tampa;
- Colocar o gelo picado na bolsa até 1/3 da sua capacidade;
- Fechar a bolsa, enxugar e testá-la;
- Proteger a bolsa com a fronha;
- Levar o material a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o que vai ser feito;
- Expor a área e por a bolsa no local;
- Observar frequentemente o local e caso de cianose e adormecimento suspender;
- Renovar o gelo quantas vezes for necessário;
- Retirar a bolsa ao término do tratamento e enxugar a área;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Levar o material ao expurgo;
- Desprezar a fronha;
- Esvaziar a bolsa, lavar e enxugar externamente;
- Deixar a abertura da bolsa para baixo;
- Lavar a bandeja e guardar;
- Após escorrer a água da bolsa, fechar e guardar no armário;

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem;



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Oxigenoterapia

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: administrar oxigênio.

Conceito:

É a administração de oxigênio em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia. Como para qualquer tipo de droga, existem especificações para o tratamento, níveis de dosagem e métodos adequados de fornecimento.

São utilizados diferentes dispositivos de liberação de oxigênio, de acordo com a indicação terapêutica de cada paciente. São os seguintes (cateter nasal tipo óculos), sistema de alto fluxo (máscaras).

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

Cateter Nasal:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável de **Referência** com cabeceira elevada de 30° a 45°;
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com mais ou menos 2/3 de sua capacidade;
- Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxômetro e o prolongamento de borracha (extensor intermediário) ao umidificador;
- Adaptar o cateter nasal ao extensor intermediário;
- Colocar luvas;
- Limpar as narinas do paciente;
- Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente;
- Ligar o fluxômetro do oxigênio conforme fluxo prescrito;

- Orientar o paciente para respirar de boca fechada, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado;
- Deixar a unidade arrumada e o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar na prescrição.

Materiais:

- Luva de procedimento;
- Água destilada;
- Cateter de oxigênio tipo óculos;
- Umidificador;
- Extensor intermediário (prolongamento de borracha);



Máscara de Venture:

- Lavar as mãos;
- Calçar a luva de procedimento;
- Escolher a máscara, de modo que cubra o nariz e a boca;
- Adaptar a máscara à extensão de borracha, ligada ao umidificador;
- Orientar o paciente/acompanhante sobre o procedimento;
- Ajustar a máscara a face do paciente, observando suas reações;
- Fixar a máscara com cadraço;
- Ajustar o fluxo de oxigênio de acordo com a coloração da ponteira;
- Lavar as mãos;
- Anotar em prontuário.

Materiais:

- Kit de venture (máscara, traquéia, extensão, seis válvulas coloridas, rosa, verde, branca, laranja, azul e amarela);
- Água destilada;
- Rede de oxigênio com fluxômetro;
- Umidificador;
- Extensor intermediário (prolongamento de borracha);



Máscara com Reservatório:

- Lavar as mãos;
- Calçar a luva de procedimento;
- Escolher a máscara, de modo que cubra o nariz e a boca;
- Adaptar a máscara à extensão de borracha, ligada ao umidificador;
- Orientar o paciente/acompanhante sobre o procedimento;
- Ajustar a máscara a face do paciente, observando suas reações;
- Fixar a máscara com cadraço;
- Ajustar o fluxo de oxigênio de acordo com a coloração da ponteira;
- Lavar as mãos;
- Anotar em prontuário.

Materiais:

- Máscara com reservatório
- Água destilada;
- Rede de oxigênio com fluxômetro;
- Umidificador;
- Extensor intermediário (prolongamento de borracha);



Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 46 - Unidade de Assistência: Inalação



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Inalação

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Os medicamentos mais usados através de nebulizadores são os broncodilatadores (Berotec, Aerolin, Atrovent), com efeito de alívio nas crises de asma e de broncoespasmo. Entretanto, outras medicações podem ser utilizadas, como por exemplo, os corticoides inalados (Clenil A, Pulmicort), com objetivo não apenas de alívio, mas como tratamento de controle da asma.

Conceito:

Inalação é o procedimento que tem por finalidade levar a medicação inalatória até a extremidade das vias aéreas para absorção. É o veículo para levar a medicação.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Fazer o planejamento;
- Lavar as mãos;
- Verificar no prontuário a prescrição do medicamento a ser administrado e certificar-se de possíveis reações alérgicas;
- Copiar a medicação;
- Preparar a medicação e colocar na bandeja;
- Ajustar a máscara oronasal ao paciente de maneira confortável;
- Ligar a válvula de ar comprimido ou oxigênio;
- Orientar o paciente sobre a maneira de segurar o nebulizador e pedir-lhe para chamar se houver alguma intercorrência;
- Após o término desligar a válvula de ar comprimido ou oxigênio;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar no prontuário alterações, se ocorrer.

Materiais:

- Bandeja;
- Nebulizador;
- Seringa e agulha;
- Máscara;

- Prolongamento;
- Fluxômetro.

Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 47 - Unidade de Assistência: Aspiração Nasotraqueal e Orofaríngea



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Aspiração Nasotraqueal e Orofaríngea

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

- Retirar fluidos das vias aéreas superiores do cliente;
- Melhorar a respiração;
- Evitar a broncoaspiração;
- Proporcionar uma ventilação eficaz.

Conceito:

É a definição de secreções existentes nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um aspirador e sistema de vácuo.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem e Fisioterapeuta.

Procedimento Técnico:

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda;
- Lavar as mãos;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Identificar-se;
- Orientar o cliente e o acompanhante do procedimento o qual será realizado;
- Posicionar o cliente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco de vidro;
- Ligar o aspirador;
- Colocar o óculos e a máscara;
- Calçar as luvas;
- Com a mão dominante segure a face do cliente;
- Pinçar o prolongamento de borracha de aspiração;
- Com a mão dominante introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
- Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada) e retirar lentamente em movimentos circulares;

- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do cliente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, o óculos e a máscara;
- Desligar o aspirador;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem;
- Desprezar o material utilizado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição;
- Realizar as anotações na prescrição de enfermagem.

Materiais:

Bandeja;

Frasco de vidro para aspiração com válvula;

Extensão de borracha esterilizada;

Campo para aspiração;

Sonda de aspiração (8,10,12 ou 14);

Luva estéril;

Pacote de gaze estéril;

Cuba rim;

Frasco de água destilada (10ml);

Máscara;

Óculos.

Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Aspiração de Paciente Traqueostomizado

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Manter as vias aéreas livres e permeáveis garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente;

Conceito:

É a retirada passiva de secreções endotraqueais via traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem e Fisioterapeuta.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Providenciar todo material necessário;
- Explicar o procedimento e a finalidade;
- Elevar o decúbito 30° a 40°;
- Colocar máscara e óculos de proteção;
- Testar o funcionamento do aspirador;
- Abrir a embalagem a sonda e expor somente a parte que será conectada a extensão de borracha;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar o invólucro com a mão esquerda e segurar a sonda com a mão direita que está com a luva estéril;
- Ligar a fonte de sucção;
- Introduzir a sonda na cânula traqueal, sem sucção até o ponto de resistência;
- Retirar a sonda em movimentos circulares suaves;
- Insuflar água destilada conforme característica da secreção;
- Repetir a aspiração quantas vezes for necessário, sendo intercalando com a ventilação do paciente;
- Desconectar a sonda da fonte de aspiração;
- Lavar o sistema de aspiração com água comum;

- Desligar o aspirador;
- Proteger a extremidade da borracha de sucção com o invólucro da sonda de aspiração.

Materiais:

Soro fisiológico 0,9% 10ml;

Sonda de aspiração nº12 ou nº 14;

Luva estéril de aspiração;

Óculos e máscara de proteção;

Aspirador elétrico ou rede de vácuo;

Gaze estéril;

Extensão de latex ou silicone esteril.

Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 49 - Unidade de Assistência: Curativo em Traqueostomia



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Curativo em Traqueostomia

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Diminuição de infecção e acúmulo de sujidade.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Colocar a máscara;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
- Reunir material;
- Colocar o paciente em decúbito elevado a 45º, e proteger o tórax do paciente com forro;
- Colocar biombo;
- Proteger o tórax do paciente com o forro;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar gaze em quantidade suficiente dentro do campo estéril;
- Certificar-se que o cuff da cânula de traqueostomia esteja insuflado;
- Remover o curativo antigo com auxílio da pinça dente de rato;
- Desprezar o curativo sujo em saco plástico próprio;
- Desprezar a pinça dente de rato, na extremidade do campo;
- Calçar luvas
- Aspirar à traqueia através da cânula de traqueostomia;
- Aspirar as vias aéreas acima do balonete (cuff), pela cavidade oral, caso se trate de cânula tipo descartável, utilizando **Referência** outra sonda;
- Retirar a cânula metálica interna, colocando-a na cuba rim com água oxigenada, por alguns minutos;
- Remover as secreções e crostas da cânula interna, com auxílio da pinça anatômica, passando quantas gazes forem necessárias pelo interior da cânula;
- Enxaguar a cânula interna, na cuba rim, com soro fisiológico e colocá-la no campo estéril do curativo;
- Retirar luvas;
- Adaptar uma nova sonda de aspiração na extensão de látex, deixando-a protegida pela própria embalagem;
- Calçar luvas;
- Aspirar novamente à árvore traqueobrônquica;

- Montar a pinça Kocher com gaze, auxiliando com a pinça anatômica;
- Umedecer a gaze com solução fisiológica;
- Limpar a área ao redor da traqueostomia;
- Secar a área;
- Passar solução antisséptica ao redor da traqueostomia, em quantidade mínima;
- Retirar a luva;
- Introduzir a cânula interna no orifício da externa;
- Trocar o cadarço;
- Aspirar novamente se necessário;
- Retirar o forro do tórax do paciente;
- Lavar as mãos;
- Recompôr a unidade e recolher o material;
- Deixar o paciente em ordem;
- Anotar no prontuário o procedimento realizado

Materiais:

- Bandeja;
- Kit de curativo
- Luvas de procedimento;
- Gaze
- Cadarço;
- Solução Antisséptica;
- Seringa para insuflar o cuff;
- Solução fisiológica 0,9% 10 ml;
- Saco plástico pequeno;
- Cuba rim;
- Material para aspiração traqueal;
- Forro;
- Máscara;
- Óculos;
- Biombo.

Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 50 - Unidade de Assistência: Técnica para Desinfecção de Cânulas de Traqueostomia Metálica Interna



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Técnica para Desinfecção de Cânulas de Traqueostomia Metálica Interna

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo: Diminuição de infecção e acúmulo de sujidade.

Conceito:

Realizada a cada 6 horas.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Lavar as mãos;
- Colocar as luvas;
- Remover a porção interna da traqueostomia;
- Colocar a cânula interna numa vasilha que contenha soro fisiológico estéril, ou água destilada;
- Utilizar uma escova pequena e macia para gentilmente remover a secreção ou uma gaze, utilizando uma pinça do kit de curativo para auxiliar na limpeza;
- Lavar a cânula com soro fisiológico certificando-se de que toda a sujeira seja retirada;
- Com gaze embebida em soro fisiológico ou água destilada, limpar a área externa, com cuidado de não deixar qualquer corpo estranho entrar pelo tubo;
- Segurando a cânula pela ponta que contém a área de fixação, com a curva para baixo, recolque-a gentilmente e gire para fixá-la;
- Recolher o material;
- Encaminhar o material ao descarte necessário;
- Deixar o paciente em ordem confortável e em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos.

Materiais:

Bandeja;

Gaze;

Material de curativo;

Luvas de procedimento;

Soro fisiológico;

Água destilada;

Escova pequena e macia;

Material de aspiração;

Máscara;

Óculos;

Cuba rim.

Referência

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Restrição no Leito

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

- Limitar a atividade dos clientes confusos e agressivos;
- Evitar ou diminuir os riscos de queda, quando desassistidos.

Conceito:

Trata-se de um dispositivo empregado para imobilizar um cliente ou um membro, e que restringe a liberdade de movimento ou acesso normal ao corpo de uma pessoa.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- Proceder à restrição no leito dos segmentos corporais na seguinte ordem:

- Ombros, pulsos e tornozelos, quadril e joelhos;
- Ombros: lençol em diagonal pelas costas, axilas e ombros, cruzando-as na região cervical;
- Tornozelos e pulsos: proteger com algodão ortopédico, com a atadura de crepe fazer movimento circular, amarrar;
- Quadril: colocar um lençol dobrado sobre o quadril e outro sob a região lombar, torcer as pontas, amarrar;
- Joelhos: com 02 lençóis. Passar a ponta D sobre o joelho D e sob o E e a ponta do lado E sobre o joelho E e sob o D.

OBS:

- não utilizar ataduras de crepe (faixas) menor do que 10 cm;
- evitar garroteamento dos membros;
- afrouxar a restrição em casos de edema, lesão e palidez;
- retirar a restrição uma vez ao dia (banho); proceder à limpeza e massagem de conforto no local.

Materiais:

- Atadura de crepe;
- Algodão;

- Gaze;
- Compressas cirúrgicas;
- Lençóis;
- Tala;
- Fita adesiva;
- Braçadeiras de contenção.

Referência

Resolução nº 311/2007

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Controle da Temperatura do Refrigerador

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

- Para garantir o correto acondicionamento dos medicamentos.

Conceito:

- Os refrigeradores devem ser utilizados exclusivamente para acondicionamento de medicamentos;
- Para garantir o correto acondicionamento dos medicamentos deve-se manter a temperatura interna do refrigerador entre +2°C a +8°C;
- O termômetro interno do refrigerador deve ser colocado na prateleira média. Não deve ser posicionado próximo ao congelador, na porta do refrigerador nem na prateleira inferior, devido aos extremos de temperatura apresentados por estes locais.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico:

- O termômetro deve ser mantido na posição horizontal, na parede posterior da geladeira;
- As temperaturas máxima, mínima e do momento devem ser verificadas e anotadas em impresso próprio uma vez em cada período;
- A temperatura máxima é verificada na coluna da direita, deve-se observar qual valor está na extremidade inferior da haste azul;
- A temperatura mínima é verificada na coluna da esquerda, deve-se observar em qual valor está a extremidade inferior da haste azul;
- A temperatura do momento é verificada na coluna do mercúrio, nos dois lados devem mostrar o mesmo valor;
- O termômetro deve ser sempre zerado após cada vez que foi verificada a temperatura da geladeira, apertando o botão do meio;
- O impresso contém um espaço para que a pessoa que verificou a temperatura faça a anotação e a checagem.



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde

Elaborado em: Fev/2022

Revisado em: Abril/2023

Conceito: O Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde tem como objetivo priorizar e aperfeiçoar programas de segregação de materiais potencialmente recicláveis, buscando a promoção de um ambiente limpo e saudável, através de uma mudança de atitude e de comportamento, visando a proteção da saúde humana, do meio ambiente e principalmente a redução na geração de resíduos.

1 – IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS

GRUPO A: Resíduos Infectantes

O hospital gera os seguintes resíduos deste grupo: luvas, equipos, polifix, torneirinhas, gases com sangue, sondas de aspiração, sondas foley, bolsas de sangue, bolsa coletora de diurese, equipos de dieta, drenos, tubo endotraqueal.

Nível de conhecimento: Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, placenta e resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. Estes resíduos também são infectantes, porém são acondicionados em saco plástico vermelho para que o pessoal de limpeza saiba que os mesmos devem ficar sob-refrigeração.

GRUPO B: Resíduos Químicos

Os resíduos químicos gerados no hospital são: frascos de medicação, tubos de pomada vencida, medicamentos contaminados ou vencidos, pilhas e baterias, formol, benzina. Há lâmpadas fluorescentes.

GRUPO C: Rejeitos Radioativos

O hospital não produz este tipo de resíduo.

GRUPO D: Resíduo Comum

São gerados: fraldas e absorventes, papel toalha, lenço de papel, papel higiênico, gesso e tala gessada, ataduras de crepe sem sangue, algodão de venóclise, esparadrapo, micropore, fita crepe, carbono, restos de alimentos, cabelo, esponja e espuma, abaixador de língua, embalagens laminadas.

GRUPO D: Resíduo Reciclável

São gerados: frasco de soro, papelão, caixa de medicamento, ampolas de plástico, latinhas, garrafas PET, papéis de escritório.

GRUPO E: Resíduos perfuro cortante

Neste grupo enquadram-se os seguintes resíduos: Agulhas, seringas, ampolas, frasco ampola, gelco, scalp, equipos com agulhas, fio cirúrgico com agulha, laminas de bisturi ou barbear, lancetas, vidros quebrados que sejam contaminados, cateteres.

2 – ACONDICIONAMENTOS DOS RESÍDUOS

O Hospital Municipal dispõe das seguintes embalagens para este acondicionamento:

GRUPO A: Resíduo Infectante

É acondicionado em saco plástico branco leitoso identificado pelo símbolo de substância infectante, constante na NBR- 7500 da ABNT, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos. Estes sacos plásticos estão armazenados em lixeiras de alumínio, devidamente identificadas, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual.

GRUPO B: Resíduos Químicos

Os resíduos sólidos são acondicionados em caixa de papelão, e são separados por grupos compatíveis que não reajam de forma nenhuma entre si. Os resíduos líquidos são acondicionados na própria embalagem, tanto os sólidos quanto os líquidos são identificados pelo símbolo de risco associado, de acordo com a NBR- 7500 da ABNT, e com a discriminação de substância química.

Pilhas e baterias são entregues na Secretária da Agricultura.

As lâmpadas fluorescentes são encaminhadas para Secretária de Obras.

GRUPO D: Resíduo Comum

O resíduo comum é acondicionado em saco plástico impermeável, de cor preta, armazenadas em lixeiras alumínio, devidamente identificadas, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual.

GRUPO D: Resíduo Reciclável

O resíduo reciclável é acondicionado em saco plástico impermeável, cor preta, armazenado em lixeiras plásticas, abertas, devidamente identificadas.

GRUPO E: Perfuro cortante

O resíduo perfuro cortante é acondicionado em caixa de papelão, com abertura central na tampa, a qual fica suspensa, possibilitando o fechamento, provida de saco plástico impermeável interno, cor amarela, com símbolo de substância infectante, constante na BNR-7500 da ABNT, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos.

Observação: O saco externo será acrescido da inscrição de “RESÍDUO PÉRFURO CORTANTE”, indicando o risco que apresenta o resíduo.


Referência

RESOLUÇÃO - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP N° 54- Saúde Ocupacional: Fluxo de Atendimento e conduta acidente com exposição a material biológico

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Fluxo de Atendimento e conduta acidente com exposição a material biológico	Elaborado em: Fev/2024
		Revisado em: Abril/2026

Acidentado

Ao ocorrer Acidente de Trabalho (AT), o funcionário deverá comunicar imediatamente à chefia, para que esta providencie:

1 - Cuidados Locais;

2 - Preenchimento da ficha do SINAN (contém todas as informações sobre o acidente de trabalho);

3 - Coletas identificadas de Amostra de Sangue do usuário-fonte, (10ml de sangue em frasco sem anti coagulante);

4 – Xerox da carteira de vacina do funcionário.

Comunicar a enfermeira da epidemiologia.

ATENÇÃO: Caso haja recusa do acidentado, coletar termo de responsabilidade.

ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS DE EXAMES PÓS-ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

A primeira consulta (até 72 horas), para o Ambulatório de Acompanhamento de Acidente com Material Biológico do paciente acidentado será agendada pela epidemiologia.

As demais consultas para seguimento do paciente acidentado serão agendadas pela epidemiologia.

A CCIH deverá fazer o controle das consultas e resultados de exames dos funcionários que sofreram acidente de trabalho com material biológico, esses

resultados devem ficar arquivados junto com o prontuário de acidente de trabalho até que seja encerrado o caso.

Todas as orientações sobre acidente de trabalho com detalhes como: FONTE DESCONHECIDA, FONTE CONHECIDA, RECUSADO ACIDENTADO, estão descritas no Protocolo de Acidente de Trabalho.

Referência

RESOLUÇÃO - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 55 - Unidade de Assistência: Declaração de óbito (D.O)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Declaração de Óbito – D.O.

Elaborado em: Fev/2024

Revisado em: Abril/2026

Objetivo:

Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando à sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na D.O. emitida pelo médico.

Conceito:

A Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. É composta de três vias auto-copiativas, pré-numeradas sequencialmente fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde conforme fluxo padronizado para todo o País.

Responsabilidades:

Médico

Porém o enfermeiro irá preencher os campos I, II e III da D.O.

Procedimento Técnico:

- Solicitar documentação do paciente que obteve para a família, sempre pedir RG e certidão de nascimento ou casamento;
- O bloco de D.O. é composto de três vias auto-copiativas, pré numeradas sequencialmente;
- Destacar as três vias do bloco de D.O. para o preenchimento, pois o mesmo é carbonado podendo danificar e rasurar o restante do bloco;
- O enfermeiro preencherá os campos I, II e III da D.O., lembrar que o nome do estabelecimento é HOSPITAL MUNICIPAL DE BORRAZÓPOLIS;
- Se a D.O. for rasurada deve ser feito o cancelamento da mesma, porém não pode jogar ou rasgar a D.O., ela deve ficar guardada para a secretaria juntamente com a D.O. correta.
- Após o preenchimento correto da D.O.,

- Entregar para a família a via Amarela, a via Rosa deverá ser entregue e arquivada pela recepção no prontuário do paciente, a via Branca deixar na sala da direção para que seja entregue na Secretária de Saúde;

Referência

Ministério da Saúde. Manual de instrução para o preenchimento da declaração de óbito,2001.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 56 - Urgência e Emergência: Padronização do Carrinho de Emergência



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Padronização do Carrinho de Emergência

Elaborado em: Set/2024

Revisado em: Set/2026

Objetivos:

- Organizar o carro de emergência e seus componentes acessórios;
- Conhecer o conteúdo e a disposição de materiais e de medicamentos contidos
- Conferir os lacres do carro de emergência;
- Listar, quantificar e repor os medicamentos e materiais do carro de emergência que foram utilizados;
- Controlar periodicamente os materiais contidos no carro quanto a sua presença, quantidade e validade;
- Controlar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade.
- Realizar a limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço e/ou após o atendimento emergencial;
- Realizar a testagem funcional do laringoscópio;
- Utilizar os medicamentos padronizados do carro, mediante prescrição;

Responsabilidades:

Enfermeira, Farmacêutica e Equipe de Enfermagem

Definição:

O carrinho de emergência é uma composição móvel, sequenciada que apresenta um conjugado de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para avaliação e tratamento das urgências e emergências, entre elas: parada cardiorrespiratória, monitoramento de vias aéreas, vascular e arterial.

O público alvo para uso carrinho de emergência são pacientes que necessitem de atendimento emergencial, tais como: parada cardiorrespiratória; comprometimento nas vias aéreas/ventilação; instabilidade hemodinâmica progressiva; choque; hemorragia intensa, erupções cutâneas com comprometimento de vias aéreas, perda súbita do nível de consciência; convulsões; entre outros.

Organização:

O carro de emergência deverá constituir-se de um armário móvel com gavetas suficientes para a guarda de medicamentos, materiais e de equipamentos a serem utilizados em situações de emergência e de urgência. A composição do carro de emergência quanto a estrutura e componentes deverá seguir a seguinte sequência

1. Base superior: Desfibrilador, caixa com os laringoscópios; caixa com materiais de intubação; impressos de controles;
2. Lateral: Tábua de compressão e suporte de soro;
3. Gavetas:

NOMES DAS GAVETAS	PRODUTOS	NÚMERO DA GAVETA	COR
Medicações	Medicamentos	1	VERMELHO
Materiais para Acesso Intravascular	Circulação	2	AMARELO
Materiais para Suporte Ventilatório	Ventilação	3	VERDE
Soluções e Outros	Complementares	4	AZUL

O carro de emergência deve estar disponível, em local de fácil acesso, de modo que possa ser deslocado rapidamente, e os profissionais de saúde que atuam

no atendimento devem conhecer a disposição de seu conteúdo e ter habilidade em seu manuseio.

Procedimento Técnico:

A manutenção do carro de emergência, que sempre deve estar em perfeito estado e pronto para o uso, é de fundamental importância. Para tal, é imprescindível que, após cada uso, sejam realizados os seguintes procedimentos:

- Reposição e a conferência de todos os materiais e medicamentos;
- Colocação do lacre de segurança, para assegurar a composição completa do carro de emergência com conferência e o registro diários da troca;
- Teste do monitor/desfibrilador e manutenções preventivas periódicas;
- Verificar e conferir mensalmente as datas de validade dos materiais e medicamentos, bem como seja feita sua limpeza;

ORIENTAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

As gavetas do carrinho de emergência deverão estar indicadas com etiquetas de cores padronizadas, com a descrição de suas respectivas composições;

O carro de emergência enquanto não estiver em uso deverá permanecer sempre lacrado/fechado. A retirada do lacre deverá ocorrer mediante situações de atendimento as urgências e emergências clínicas (**intercorrências**) ou quando **conferência**, sendo registrado e justificado o rompimento do lacre em planilha específica;

Os materiais de oxigenação submetidos à desinfecção de alto nível (Exemplo: AMBU; umidificador e máscara de oxigênio) devem estar em uma caixa específica situada sobre o carro de emergência, pelo fato de possuírem um prazo de validade menor;

O teste funcional do laringoscópio deverá considerar: lâmpada com boa iluminação; ajuste perfeito do cabo e da lâmina, a pilha e a limpeza.

Os registros de controles de testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios deverão ser feitos em impressos específicos

A listagem dos itens (descrição e quantidades de medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverão estar em uma pasta, localizada em sua base superior;

Os medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências clínicas deverão ser repostos o mais rápido possível.

A limpeza e **DESINFECÇÃO DO LARINGOSCÓPIO** contaminado deverá seguir os passos do POP N° 103 “Limpeza e Desinfecção do Laringoscópio” , sendo

que laringoscópio testado e desinfetado deve ser armazenados em uma caixa limpa e seca, situada sobre a base superior do carro de emergência, com as pilhas do lado de fora;

A limpeza e DESINFECÇÃO TERMINAL DO CARRO e de seus componentes acessórios deve ocorrer logo ao término do atendimento, e deverá seguir os passos do POP Nº 104 “Limpeza e Desinfecção do Carro de Emergência”

ROTINA DE CONFERÊNCIA E TESTAGEM DO CARRO DE EMERGÊNCIA

O carro de emergência e seus componentes acessórios deverão ser checados periodicamente quanto à sua integridade e funcionamento:

A conferência do carrinho de emergência, quanto a **Gaveta 1 – medicação deve ser** feita pela Farmacêutica, considerando quantidade e validade conforme POP Nº 10 da Farmácia Hospitalar.

Quanto à conferência dos equipamentos, insumos e materiais das **Gavetas 2, 3 e 4** respectivamente deve ser feita pela equipe de Enfermagem, sendo:

No Início de cada plantão (12/36h), o servidor da equipe de enfermagem conforme escala, deve conferir o lacre e realizar o registro diário.

Início de cada plantão (12/36h), o servidor da equipe de enfermagem conforme escala, deve realizar a testagem funcional do laringoscópio.

Início de cada plantão (12/36h), o servidor da equipe de enfermagem conforme escala, deve conferir os equipamentos de emergência: desfibrilador, eletrocardiograma, monitor cardíaco e cardioversor.

Padronização dos Componentes do Carrinho de Emergência

GAVETA 1 - MEDICAMENTOS				
Princípio Ativo e Concentração	Nome Comercial Marca®	Forma Farmacêutica Via de Administração	Quant.	
Adenosina 3 mg/mL	Adenocard	Solução Injetável Ampola 2 mL Endovenoso – EV	04	
Aminofilina 24mg/ml	Minoton	Solução Injetável Ampola 10 mL Intramuscular – IM Endovenoso – EV	02	

Amiodarona, Cloridrato 50 mg/mL (150 mg)	Atlansil Ancoron	Solução Injetável Ampola 3 mL Endovenoso – EV	04
Atropina, Sulfato 0,25mg/mL	Atropion	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM Subcutânea – SC	05
Bicarbonato de Sódio 8,4%	-	Solução Injetável Endovenoso – EV Ampola 10 mL	02
Cloreto de Potássio 19,1%	-	Solução Injetável Endovenoso – EV Ampola 10 mL	02
Cloreto de Sódio 0,9%	-	Solução Injetável Endovenoso – EV Ampola 10 mL	02
Clorpromazina 5mg/mL (25mg)	Amplictil	Solução Injetável Ampola 5 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Deslanosídeo 0,2 mg/mL	Deslanol	Solução Injetável Ampola 2 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Dobutamina, Cloridrato 12,5 mg/mL (250mg)	Dobutrex	Solução Injetável Ampola 10 mL Endovenoso – EV	04
Dopamina, Cloridrato 5 mg/mL (50mg)	Dopacris	Solução Injetável Ampola 10 mL Endovenoso – EV	02
Epinefrina 1mg/mL	<i>Adrenalina</i> Adren	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM Subcutânea – SC Inalatória – INAL Intraocular Intracardiaca	10
Fenitoína Sódica 50 mg/mL 5% (250mg)	Hidantal	Solução Injetável Ampola 5 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Fenobarbital Sódico 200mg/mL	Gardenal Fenocris	Solução Injetável Ampola 2 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Fentanila, Citrato	Fentanil	Solução Injetável	05

0,0785 mg/ mL Equivalente a 0,05 mg/mL de Fentanila base		Ampola 2 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	
Furosemida 10 mg/mL (20 mg)	Lasix	Solução Injetável Ampola 2 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	05
Glicose Hipertônica 50%	-	Solução Injetável Endovenoso – EV Ampola 10 mL	05
Haloperidol 5mg/mL	Haldol	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Hidrocortisona, Succinato 100mg	Cortisonal Solu Cortef	Pó para Solução Injetável Frasco Ampola Intramuscular – IM Endovenoso – EV	02
Hidrocortisona, Succinato 500mg	Cortisonal Solu Cortef	Pó para Solução Injetável Frasco Ampola Intramuscular – IM Endovenoso – EV	02
Hidralazina, Cloridrato 20 mg/mL	Apresolina	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Midazolam, Cloridrato 5mg/mL (15 mg) (50 mg)	Dormonid	Solução Injetável Ampola 3 mL Ampola 10 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM Retal	05 03
Morfina, Sulfato 10mg/ml	Dimorf	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM Subcutânea – SC Epidural – PERIDC Intratecal – IT	02
Norepinefrina, Hemitartrato 2 mg/mL (8mg)	<i>Noradrenalin</i> a Hyponor	Solução Injetável Ampola 4 mL Endovenoso – EV	04
Prometazina, Cloridrato 25mg/mL (50mg)	Fenergan	Solução Injetável Ampola 2 mL Intramuscular – IM	02

Suxametônio, Cloridrato 100mg	<i>Succinilcolina</i> Succinil Colin	Pó para Solução Injetável Frasco Ampola Endovenoso – EV	02
Suxametônio, Cloridrato 500mg	<i>Succinilcolina</i> Succinil Colin	Pó para Solução Injetável Frasco Ampola Endovenoso – EV	02
Terbutalina, Sulfato 0,5 mg/mL	Bricanil Terbutil	Pó para Solução Ampola 1 mL Endovenoso – EV Subcutânea – SC	02
Tramadol, Cloridrato 50mg/mL	Tramal	Solução Injetável Ampola 1 mL Endovenoso – EV Intramuscular – IM	02
Ondansetrona, Cloridrato 2mg/mL (4 mg)	Vonau	Solução Injetável Ampola 2 mL Endovenoso – EV	02

GAVETA 2 - CIRCULAÇÃO

Produto	Quant.
Agulha Hipodérmica Descartável 13X0,45 - 26G 1/2	03
Agulha Hipodérmica Descartável 25X0,7 – 22G X 1	10
Agulha Hipodérmica Descartável 25X0,8 – 21G X 1	03
Agulha Hipodérmica Descartável 40X12 – 18G X 1 1/2	10
Seringa Descartável 1mL (100 UI) com Agulha Descartável 8x0,3mm 30G X 3/8 acoplada	02
Seringa Descartável com Conector Luer Look 5mL	05
Seringa Descartável com Conector Luer Look 10 mL	05
Seringa Descartável com Conector Slip 20 mL	05
Equipo Microgotas com Injetor Lateral, Câmara Flexível e Prolongamento	03
Equipo Macrogotas	05
Equipo com Extensor Infusão Vascular 2 Vias (Multivias)	05
Cateter para Punção Venosa Central (Abocatch) N° 16 Cinza	05
Cateter para Punção Venosa Central (Abocatch) N° 18 Verde	05
Cateter para Punção Venosa Central (Abocatch) N° 20 Rosa	05
Cateter para Punção Venosa Central (Abocatch) N° 22 Azul	05
Cateter para Punção Venosa Central (Abocatch) N° 24 Amarelo	05

GAVETA 3 - VIAS AÉREAS

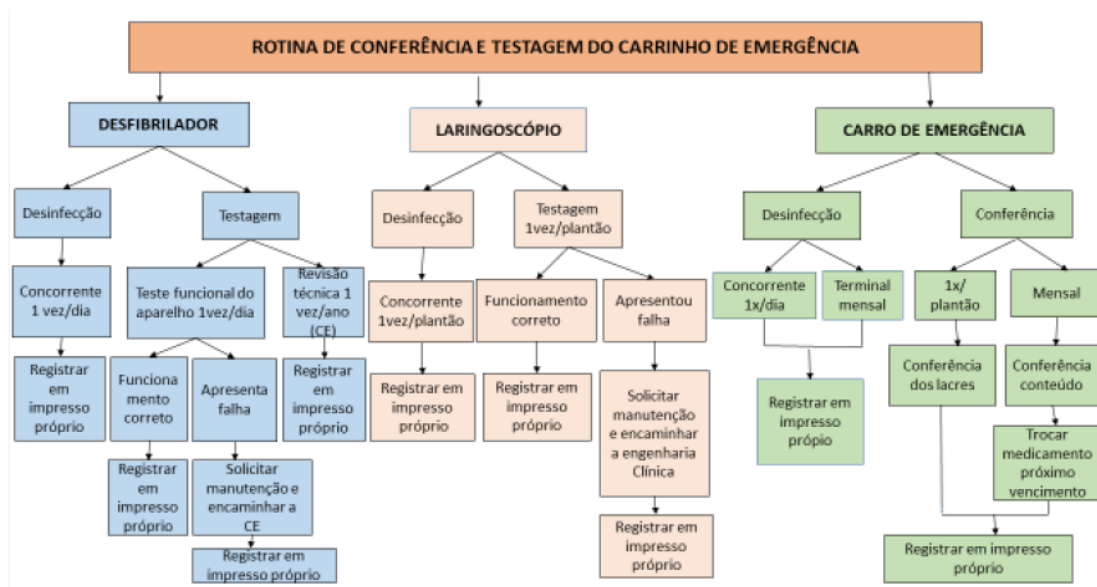
PRODUTO	QUANTIDADE
Tubo Orotraqueal n°	
Tubo Orotraqueal n°	
Tubo Orotraqueal n°	

Tubo Orotraqueal nº	
Tubo Orotraqueal n	
Tubo Orotraqueal nº	
Tubo Orotraqueal nº	
Tubo Orotraqueal nº	

GAVETA 4 - COMPLEMENTARES

PRODUTO	QUANTIDADE
Soro Fisiológico 100 ml	
Soro Fisiológico 250 ml	
Soro Fisiológico 500 ml	
Soro Fisiológico 1000 ml	
Soro Ringer Lactado 500 ml	
Soro Glicofisiológico	
Soro Glicose 5%	

Quanto aos materiais e produtos de saúde, deve se realizar o controle periódico (quantidade e validade) mensalmente pelo servidor da equipe de enfermagem conforme escala (12/36h).



FONTE: EBSERH, 2018

Referências


CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. COREN-SP. Parecer n. 037/2013.

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Protocolo Assistencial Multiprofissional Carro de Emergência. 28 p. 2018.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 56 - Urgência e Emergência: Limpeza e Desinfecção do Laringoscópio

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	Limpeza e Desinfecção do Laringoscópio	Elaborado em: Set/2024
		Revisado em: Set/2026
Objetivo: -Estabelecer procedimentos de rotina quanto à técnica de limpeza e desinfecção referente ao laringoscópio, visando prevenir a contaminação cruzada.		
Responsabilidades: Enfermeira e Equipe de Enfermagem		
Equipamentos e Materiais Necessários: Luvas de procedimento; Álcool a 70%; Gaze não-estéril; Água corrente; Solução detergente enzimático. Equipamento de Proteção Individual Obrigatório: Luvas de procedimento. Máscara cirúrgica Óculos de proteção Procedimento Técnico: -Realizar Higiene das mãos; -Colocar os EPI's: óculos, máscara e as luvas de procedimento; -Desmontar todo o conjunto do laringoscópio e retire as pilhas; -Limpar o cabo do laringoscópio com gaze umedecida em água e detergente enzimático (conforme já diluído seguindo POP Nº 12 Diluição de Germecidas e Saneantes da Farmácia Hospitalar). -Remover o detergente com gaze umedecida em água; -Secar o cabo com gaze seca; -Friccionar com álcool a 70% no cabo por 20 a 30 segundos; -Limpar a lâmina do laringoscópio com gaze umedecida em água e sabão;		

- Enxágua abundantemente com água corrente;
- Secar a lâmina com gaze seca sem deixar umidade ao redor da lâmpada;
- Umedecer uma gaze com álcool a 70% e fricção na lâmina por 20 a 30 segundos;
- Montar o laringoscópio
- Testar o seu funcionamento e certifique-se que não há sujidade ou umidade;
- Guardar o laringoscópio e as lâminas protegidos em saco plástico ou filme transparente, datado com validade de 7 dias;
- Retirar as luvas, óculos e máscara e descarte em local apropriado;
- Realizar a Higienize as mãos.

Observação:

Sempre que utilizado, a enfermagem deverá realizar limpeza com solução detergente ou enzimática e após secar deve fazer a desinfecção com álcool a 70%. A cada 7 dias, a enfermagem, deverá realizar desinfecção com álcool a 70% no cabo do laringoscópio e em cada lâmina. Após desinfecção, deve embalar o cabo e as lâminas em saco plástico ou filme transparente apropriado com a data com a validade.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecções do trato respiratório. Orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde- Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária–Brasília: Anvisa, 2017.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 57 - Urgência e Emergência: Limpeza e Desinfecção do Carro de Emergência



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Limpeza e Desinfecção do Carro de Emergência

Elaborado em: Set/2024

Revisado em: Set/2026

Objetivo:

- Padronizar rotinas de organização e limpeza do carrinho de emergência e de seus componentes acessórios (laringoscópios e desfibrilador);

Responsabilidades:

Enfermeira e Equipe de Enfermagem

Definição:

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal. A limpeza deve ser realizada pela enfermagem, e registrada em planilha própria a data, o horário, a limpeza concorrente e ou terminal, a assinatura e carimbo do profissional.

LIMPEZA CONCORRENTE: É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação

LIMPEZA TERMINAL: Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada).

Procedimento Técnico:

O carro de emergência deverá ser submetido às rotinas de limpezas concorrente e terminal, nos prazos definidos, conforme tabela dos itens abaixo:

Unidades ITENS	Limpeza/Desinfecção CONCORRENTE	Limpeza/Desinfecção TERMINAL
Carro de Emergência	1x/dia externamente	1x/mês interna e externamente
Desfibrilador	1x/dia	1x/dia
Laringoscópio	1x/dia	1x/dia

A limpeza e desinfecção do carro de emergência e do desfibrilador deverão ser realizadas com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro, finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor;

A desinfecção concorrente do laringoscópio (diária) deverá ser realizada conforme POP Nº 103.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN). Parecer COREN-PE.

Ementa: Carro de Emergência: Composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. COREN, São Paulo, 2013.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 58 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Diagnóstico preliminar Exame das pupilas



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Diagnóstico preliminar Exame das pupilas

Elaborado: Set/2024

Revisado: Set/2026

Objetivo:

Avaliação do diâmetro e foto reação das pupilas do paciente a fim de identificar possíveis lesões intracranianas.

Conceito:

As pupilas devem ser avaliadas em função da sua simetria e da sua resposta à luz;

Uma diferença de 1 mm de diâmetro de uma pupila em relação à outra é um achado anormal;

Pupilas do mesmo tamanho são denominadas isocóricas e com tamanhos diferentes são chamadas anisocóricas;

Quanto à reação a luz deve ser avaliada: a presença e ausência de estímulo e a rapidez da resposta. Uma resposta lenta pode ser indicativa de lesão intracraniana.

Responsabilidades:

Equipe médica e Equipe de enfermagem.

MATERIAIS:

Lanterna;

Luva de procedimentos

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

Lavar as mãos;

Manter o paciente com as pálpebras fechadas e com baixa luminosidade sobre o seu rosto;

Avaliar cada pupila com o foco da lanterna, quanto ao tamanho e reação a luz;

Realizar nova avaliação pupilar comparando cada pupila quanto à simetria;

Lavar as mãos;

Registrar no prontuário a descrição da avaliação pupilar;

Checar no prontuário a realização do procedimento.

Referências

Bueno, M. A. S.; Pieri, A.; Sampaio, R. O.; Santos, O. F. P.; Vaidotas, M. Conduas em Emergências: Unidade de primeiro Atendimento (UPA) Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 2v.

Santos, M. N.; Soares, O. M. Urgência e emergência na prática de enfermagem. 1. ed. Porto Alegre,RS: Moriá, 2014. 2v.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 59 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Sala de medicação fluxo e rotina



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Sala de medicação
fluxo e rotina

Elaborado: Set/2024

Revisado: Set/2026

Objetivo:

Estabelecer a rotina de controle e reposição da sala de medicação da emergência;

Organizar a unidade;

Organização do fluxo de pacientes da medicação.

Conceito:

Medicamentos são substâncias que objetivam curar doenças ou aliviar sintomas. São usados para trazer bem estar, porém, se os devidos cuidados não forem tomados, podem causar problemas.

Principais atividades:

Conferir maleta de medicamentos no início do turno de trabalho;

Conferir Check list específico dos medicamentos maleta;

Repor materiais e soros nas prateleiras e gavetas;

Verificar a funcionalidade dos cilindros e solicitar consertos, se necessário (válvulas redutoras de oxigênio e de ar comprimido, válvulas de aspiração em ar comprimido e vácuo, fluxômetros de ar comprimido e oxigênio);

Manter cilindros montado com umidificadores limpos, secos e com látex fechados na embalagem estéril;

Receber os pacientes de forma humanizada, identificando-se com nome e função;

Oferecer atendimento integral, não expondo o paciente (usar biombos);

Puncionar acesso venoso periférico conforme quadro clínico do paciente e orientação médica;

Administrar medicação conforme prescrição médica, conferindo os 9 certos;

Explicar para o pacientes todos os procedimentos que serão realizados

Rotular com data, equipos, abocath, dânuas, polifix, extensores de soros, soros e medicações;

Lavar as mãos antes e após procedimentos ou manuseio de pacientes;

Usar EPIs (máscaras, aventais e luvas);

Comunicar ao médico e equipe de enfermagem alteração com o paciente;

Auxiliar médico e enfermeira em procedimentos preparando o material a ser utilizado;
Manter ambiente limpo e organizado;
Manter bacias, baldes, comadres e papagaios limpos no expurgo da emergência;
Lavar o material, secar e guardar em local adequado utilizado durante procedimentos;
Solicitar presença de familiares para efetuar internação hospitalar ou acionar assistente social;
Carimbar e assinar todos os procedimentos feitos.

MATERIAIS:

Material médico hospitalar.

Referências

Bueno, M. A. S.; Pieri, A.; Sampaio, R. O.; Santos, O. F. P.; Vaidotas, M. Conduas em Emergências: Unidade de primeiro Atendimento (UPA) Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 2v.

Santos, M. N.; Soares, O. M. Urgência e emergência na prática de enfermagem. 1. ed. Porto Alegre,RS: Moria, 2014. 2v.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 60 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DOR TORÁCICA DE ORIGEM ISQUÊMICA



Procedimento Operacional Padrão (POP)

DOR TORÁCICA DE ORIGEM ISQUÊMICA

Elaborado: Set/2024

Revisado: Set/2026

Objetivo:

Padronizar critérios mínimos para o reconhecimento e tratamento precoce dos pacientes que apresentam dor torácica de origem isquêmica, alinhando as condutas de atendimento aos referenciais, visando obter maior agilidade e qualidade assistencial.

Conceito:

A dor torácica pode ser definida como sensação de dor ou desconforto percebido de forma variável por cada indivíduo. Geralmente localiza-se, na região anterior do tórax e pode estar associada a condições clínicas graves, fazendo com que o diagnóstico rápido e precoce seja uma das medidas mais eficazes para a sobrevivência dos pacientes;

Mediante os sintomas associados à presença da dor torácica, se faz necessário avaliar a localização, irradiação, características, duração, fatores precipitantes, bem como, os fatores de melhora e piora da dor. Outro aspecto importante refere-se à categorização da dor em relação às características clínicas apresentadas pelo paciente na abordagem inicial do atendimento.

Responsabilidades:

Equipe médica e Equipe de enfermagem.

MATERIAIS:

Caneta (azul e vermelha);

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

Realização do ECG, o médico deverá analisar o traçado eletrocardiográfico após a realização, o paciente deverá ser avaliado em relação a sua história clínica e o tipo de dor, achados estes, norteadores para definição e conduta;

Toda linha de cuidados propostas para os pacientes elegíveis ao protocolo deve ser evidenciado por meio do prontuário.

Avaliação da Dor Precordial

Crítérios de Avaliação	Dor Típica	Dor Atípica
Caráter da dor	Geralmente associada a constrição, compressão, queimação e sensação de “peso”	Geralmente associado como sensação de facada, agulhada, pontadas e relato de piora durante e respiração.
Localização da Dor	Localizada no seguimento: retrosternal, ombro E, pescoço, face, mandíbula e região epigástrica.	Localizada no hemitórax e ombro D.
Fatores Desencadeantes	Relacionado ao exercício, excitação, estresse, frio e refeições copiosas.	Palpação, movimentação

Classificação dos tipos de Dor

Tipos de Dor	Características da Dor
<u>Dor Tipo A</u> Definitivamente Angiosa: as características dão certeza do diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda, independente do resultado dos exames complementares.	Dor/ desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo ter irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, com duração de minutos. A mesma pode ser aliviada com o repouso ou com uso de Nitrato em um período menor 10 minutos.
<u>Dor tipo B</u> Provavelmente Angiosa: as características fazem da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese, porém, se faz necessária a coleta de exames complementares, como critério de exclusão.	Apresenta a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa podendo ter intensidade menos intensa, localização variável ou algum outro critério que impeçam a definição da angina.
<u>Dor tipo C</u> Provavelmente Não Angionosa: as características não fazem da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese, porém, se faz necessária a coleta de exames	Apresenta poucas características como a dor definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço.

complementares, como critério de exclusão

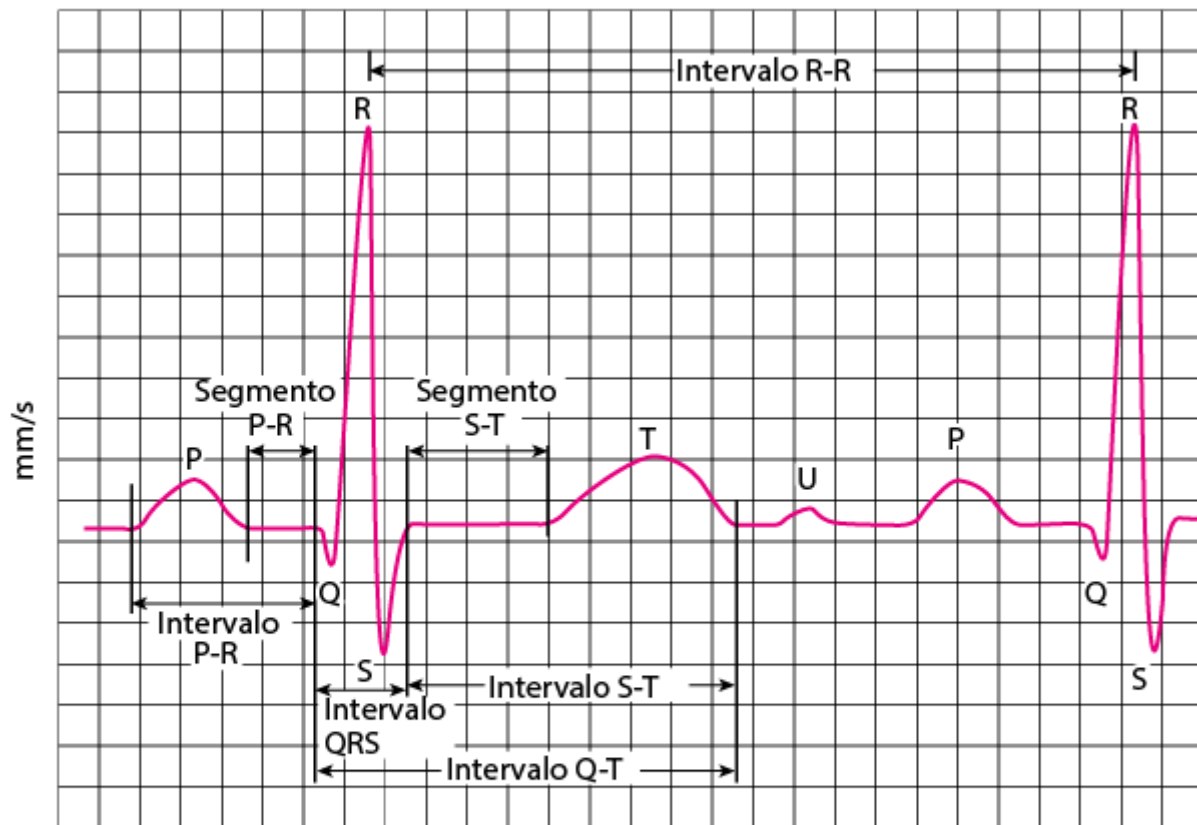
Dor tipo D

Definitivamente Não Anginosa: as características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda como hipótese diagnóstica.

Não apresenta nenhuma das características da dor típica anginosa.

TIPOS DE TRAÇADO

1.1 Supradesnívelamento do Segmento ST



mm/mV 1 quadrado = 0,4 s / 0,1 mV

Intervalo

Fonte: MDS Manuais. ICOR – SP

Interpretação do Eletrocardiograma: está relacionado a obstrução total da artéria coronária, demonstrando no traçado do ECG: elevação do segmento ST (no ponto J) nova ou presumivelmente em duas ou mais derivações contíguas, de pelo menos

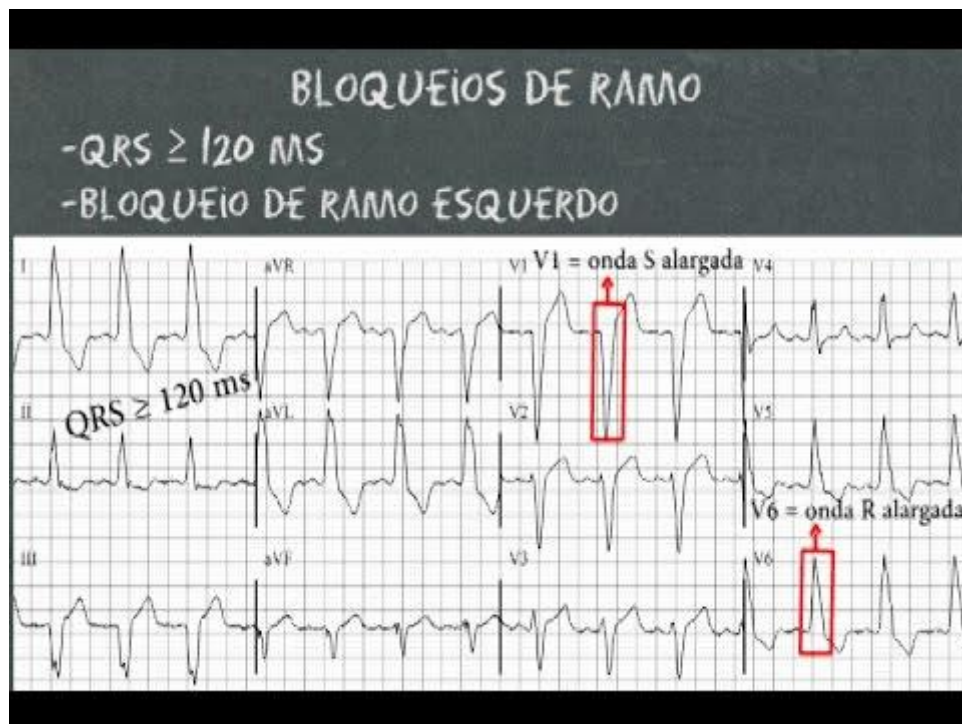
1 mm no plano frontal e precordiais esquerdas. Para as derivações precordiais V1 e V3, considerar:

Sexo feminino menor igual 1,5 mm;

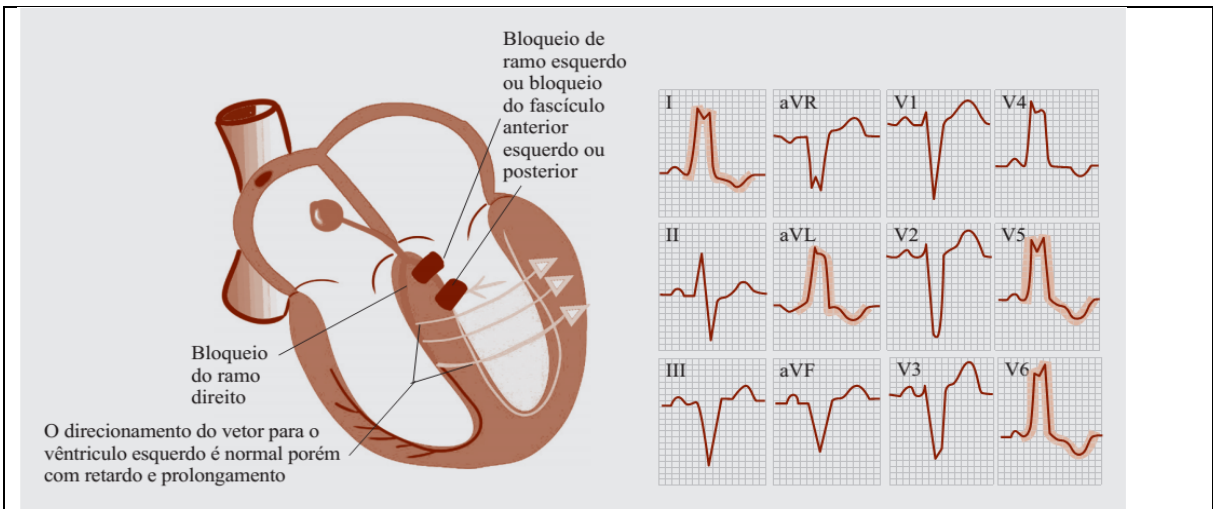
Sexo masculino, acima de 40 anos, menor igual 2,0 mm;

Sexo masculino, abaixo de 40 anos menor igual 2,5 mm de supradesnivelamento ST.

1.2 Bloqueio de Ramo Esquerdo



Fonte: MDS Manuais. ICOR – SP



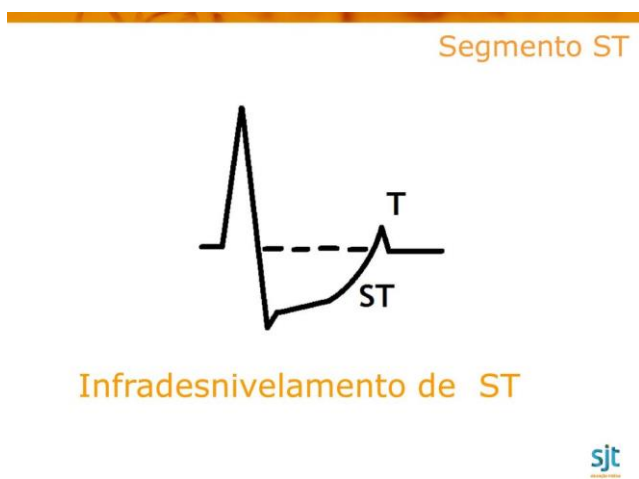
Fonte: Adaptado de Atlas de anatomia Netter, 2008.

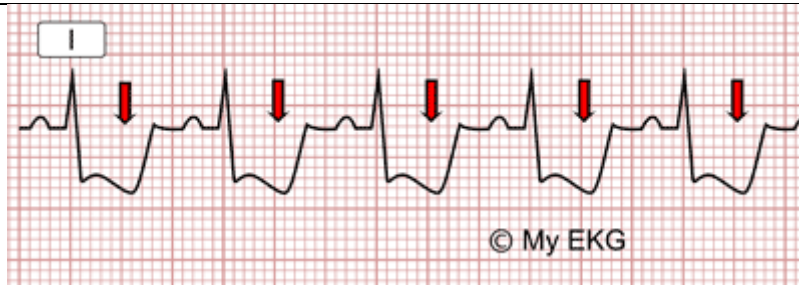
Figura 7.2 Correlação do BRE e características eletrocardiográficas.

A presença de BRE dificulta o reconhecimento do Infarto Agudo do Miocárdio. A avaliação do ECG pode apresentar 03 tipos de desnivelamento quanto ao segmento ST, podendo permitir a identificação do Infarto Agudo do Miocárdio recente, destacando os seguimentos critérios:

- Elevação do segmento ST menor igual 1,0 mm em concordância com o QRST/T;
- Depressão do segmento ST menor 1,0 mm V1, V2 e V3;
- Elevação do segmento ST menor igual 5,0 mm em discordância com o QRS/T.

1.3 Infradesnivelamento do Segmento ST



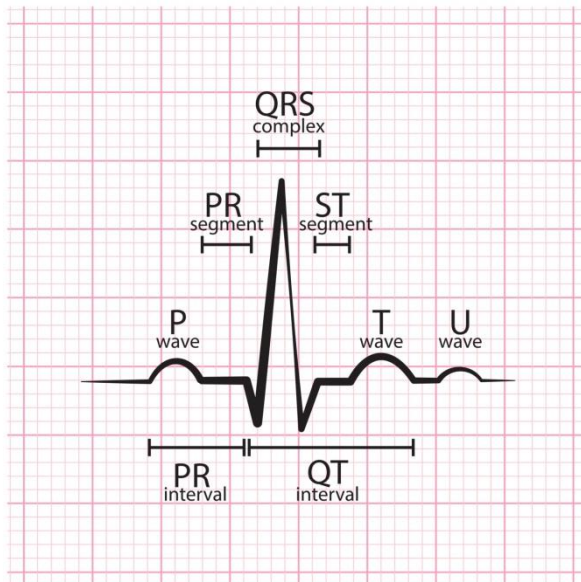


Fonte: MDS Manuais. ICOR – SP

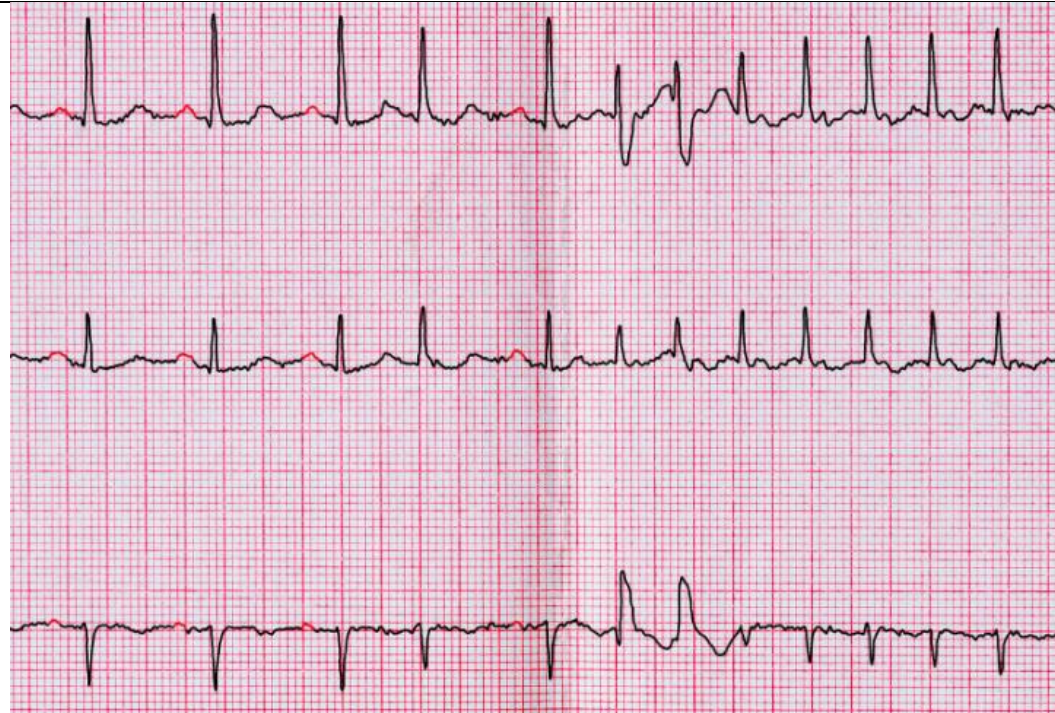
Caracterizado como provável obstrução parcial da artéria coronária. O ECG pode apresentar infradesnívelamento do segmento ST, inversão de onda T ou até mesmo, alterações mínimas da onda T e traçado normal, sendo a diferenciação relacionada a elevação dos marcadores de necrose miocárdica (ex: troponina).

1.4 Normal ou Inespecífico

NORMAL ECG



Fonte: MDS Manuais. ICOR – SP



Fonte: MDS Manuais. ICOR – SP

Angioplastia percutânea primária: em caso de disponibilidade em até 120 minutos (idealmente em maior 90 minutos);

Trombólise: intervenção de escolha inicial para as instituições que não possuam serviço de hemodinâmica ou nos casos de impossibilidade de realização de angioplastia primária em até 120 minutos. Cabe ressaltar que a terapia trombolítica deve ser indicada desde que o paciente não apresente critérios que contra indiquem o procedimento e deverá ser realizada no pronto – socorro;

Tratamento conservador: na impossibilidade de realização de ambas intervenções (angioplastia ou terapia trombolítica), opta-se pelos cuidados clínicos, com programação de novas abordagens posteriores à internação, variando de acordo com cada tipo de paciente.

Sinais Vitais	Valores Mínimos	Valores Máximos
FC	50 bpm	110 bpm
PAS (Pressão arterial Sistólica)	80 mmHg	160 mmHg
PAD (Pressão arterial diastólica)	50 mmHg	110 mmHg
Saturação	94%	100 %

Terapia Medicamentosa: recomendada, de acordo com a avaliação individual de cada paciente, bem como, disponibilidade de fármacos padronizados na instituição:

Antiplaquetário: AAS 100 mg – 3 comprimidos (VO) – mastigar e engolir
1.2 Antiplaquetário: a escolha do segundo antiplaquetário pode de acordo com a escolha da terapia de reperfusão a ser escolhida:

Trombolítico: Clopidogrel 300 mg via oral agora;

Angioplastia: Clopidrogel 600 mg via oral agora ou Ticagrelor 180 mg via oral ou Prasugrel 60 mg via oral agora (contraindicado em : maior 75 anos, AVC ou AIT prévio)

Dinitato de Isossorbida- Isordil 5 mg – 1 comprimido (SL) à critério médico;

Propatilnitrato – Sustrate 10 mg – 1 comprimido (SL), nos casos de indisponibilidade de Isordil, à critério médico

Contra Indicação ao uso de Nitrato (SL)

Em casos de infarto em parede inferior com comprometimento do ventrículo direito, o uso de terapia medicamentosa com inibidores de fosfodiesterase (exemplo: slidenafil/viagra, vardenafila/levitra, tadalafila/cialis) nas últimas 72 horas, além de hipotensão (PAS

Nitroglicerina – Tridil 50 mg + SG 250 ml (IV) em Bomba de Infusão Contínua (BIC) à critério médico

RECOMENDAÇÕES PARA TERAPIA COM TRIDIL

Indicação do uso de Nitroglicerina	Hipertensão, Congestão e Angina Persistente
Dose Inicial de Nitroglicerina	Iniciar com 3 ml/h e progredir de 03 em 03 ml à cada 5 – 10 minutos, podendo chegar até 60 ml/h, de acordo com a resposta à dor e tolerância da PA (PAM maior 70 mmHg)

Referência

Bassan, R. et. Al. Sociedade Brasileira de Cardiologia, I Diretriz de Dor Torácica na sala de emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2002.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 61 - Central de Material: CENTRAL DE MATERIAL INDICADORES



Procedimento Operacional Padrão (POP)

**CENTRAL DE MATERIAL
INDICADORES**

Elaborado: Set/2024

Revisado: Set/2026

Objetivo:

Verificar as condições relacionadas a tempo, temperatura e qualidade do vapor para o alcance da esterilização atendendo aos parâmetros estipulados.

Conceito:

Prestar qualidade na assistência de enfermagem e o uso dos materiais de alta confiabilidade;

Deve ser feita pela enfermeira, auxiliar ou técnica de enfermagem do setor.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

Procedimento Técnico: INDICADOR BIOLÓGICO

Higienizar as mãos

Utilizar EPI's.

Disponibilizar a ampola do IB no interior do pacote teste.

Separar uma ampola de IB para teste externo.

Identificar a ampola com: data do teste, número do lote e rubrica do responsável que realizou o teste.

Colocar o IB no interior do pacote teste desafio identificado.

Colocar o pacote teste desafio juntamente com a carga normal próximo ao dreno.

Fechar a porta da autoclave.

Iniciar o ciclo.

Registrar os dados do ciclo em planilha.

Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento, bem como do IB.

Retirar o pacote teste desafio.

Retirar o IB e colocá-lo na incubadora inclusive o IB teste.

Certificar-se da quebra da ampola para viabilização do teste.

Ligar o equipamento.

Fechar com a tampa.

Manter em incubação por até 24 horas.

Acompanhar a evolução do resultado observação à alteração da cor.

Após 24 horas, remover os IB e proceder à leitura, sendo que:

COR	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Amarela	Positivo	Houve crescimento de microrganismos.
Roxo	Negativo	Não houve crescimento de microrganismos.

O IB teste deve resultar na cor amarela, ou seja, Positivo, pois o mesmo não foi submetido a processo de esterilização o que indica que não houve problema com o lote do IB.

O resultado Negativo indica que o equipamento está em condições seguras de uso.

Se o resultado dos testes for Positivo deve-se:

Interditar o uso da autoclave.

Entrar em contato com técnico responsável.

Interceptar os pacotes esterilizados para a não utilização pela insegurança da esterilização.

Registrar os dados da leitura em planilha própria.

Remover a etiqueta identificadora da ampola colando na Planilha.

Encaminhar as ampolas para descarte em recipiente de resíduos infectantes no armazenamento temporário.

INTEGRADOR QUÍMICO

Higienizar as mãos

Utilizar EPI's.

Anotar no IQ a data de realização do teste e o número do lote.

Colocar um integrador químico no meio dos materiais no pacote teste.

Embalar o pacote em papel grau cirúrgico identificado com a data e número da autoclave. Carregar a autoclave

Fechar a autoclave acionando o seu funcionamento.

Acompanhar o ciclo e registrar os dados em planilha própria.

Ao término do ciclo, aguardar o resfriamento do equipamento, bem como do IQ.

Retirar o pacote desafio.

Retirar o IQ e proceder à leitura:

Faixa indicativa de cor/limite	Resultado	Interpretação
Mudança de cor/limite	Positivo	Houve o alcance das condições necessárias da esterilização
Permanência da cor/limite	Negativo	Não houve o alcance das condições necessárias da esterilização

TESTE BOWIE DICK

Higienizar as mãos conforme instrução técnica específica;
 Identificar o teste colocando o número da autoclave;
 Verificar se o aquecimento foi realizado conforme a rotina de funcionamento da autoclave;
 Colocar o Bower Dick em cima do cesto invertido, próximo ao dreno, dentro da autoclave vazia;
 Fechar a porta e iniciar o ciclo s;
 Aguardar a duração do ciclo de 20 minutos;
 Acionar a abertura da porta;
 Fazer a leitura do teste conforme orientação do fabricante;
 Registrar o processo no caderno de resultados, identificando o teste, informando o número da autoclave, data, horário de início e término do ciclo, temperatura atingida e nome do funcionário.

Resultado esperado

Garantir segurança e qualidade do processamento de produtos para saúde;
 Prevenir infecções e agravos à saúde;
 Prevenir eventos adversos relacionados ao processamento inadequado dos produtos críticos, semicríticos e não críticos para saúde;
 O indicado livre de manchas, falhas ou alterações da cor;
 Segurança quanto a esterilização e garantia do monitoramento do processo de esterilização.

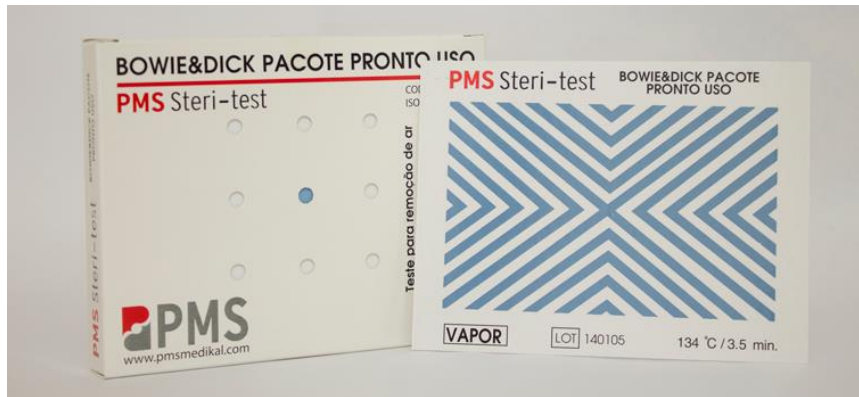
Materiais:

EPI's – luvas, máscara, gorro, óculos protetores e avental.
 Ampolas de indicador biológico (IB) contendo Geobacillus Stearothermophilus.
 Integrador químico – IQ
 Bowie Dick
 Pacote teste
 Planilha
 Plano de gerenciamento da qualidade de esterilização
 Controle físico diário do ciclo da autoclave.

Indicador biológico



Bowie Dick



Integrador químico




Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 mar. 2012.

Práticas recomendadas SOBECC. 6 ed. rev. e atual. Associação Brasileira de Enfermeiros de centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e centro de Material e Esterilização. São Paulo, 2013.

**Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara**

POP Nº 62 - CENTRAL DE MATERIAL: **PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO** **NO**
EXPURGO DA CME

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	
	PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NO EXPURGO DA CME	Elaborado em: Abril/2024 Revisar em: Abril/2026

Objetivos:
 Normatizar o processo de paramentação e desparamentação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) no expurgo da CME.

Responsabilidades:
 Equipe de Enfermagem, Serviços Gerais.

- 1.1 Sequência da paramentação para recepção e conferência dos materiais:**
- Higienizar as mãos;
 - Calçar botas impermeáveis
 - Vestir o avental impermeável;
 - Colocar a máscara N95 e/ou máscara cirúrgica;
 - Colocar o gorro/touca cobrindo os pavilhões auriculares;
 - Colocar os óculos de proteção/protetor facial;
 - Calçar o par de luvas de procedimento.
- 1.2 Sequência da paramentação para limpeza manual dos materiais:**
- Higienizar as mãos;
 - Calçar botas;

- Vestir o avental impermeável;
- Colocar a máscara N95 e/ou cirúrgica;
- Colocar o gorro/touca cobrindo os pavilhões auriculares;
- Colocar os óculos de proteção/protetor facial;
- Calçar o par de luvas de procedimento;
- Calçar o par de luvas de látex cobrindo o punho do avental.

1.3 Sequência de desparamentação com a luva de látex:

- Retirar a luva de látex e descartar no lixo infectante;
- Retirar o avental impermeável fazendo a pega pela parte de trás do mesmo evitando a área da frente que tem maior contaminação e descartar no lixo infectante;
- Retirar os óculos de proteção/protetor facial e colocar em saco plástico identificado com o nome do funcionário e encaminhar para desinfecção;
- Retirar o gorro/touca e descartar no lixo infectante;
- Retirar a máscara N95 e/ou cirúrgica e descartar no lixo infectante;
- Retirar o segundo par de luvas e descartar no lixo infectante;
- Higienizar as mãos com formulação alcóolica ou água e sabão.

1.4 Desparamentação sem a luva de látex:

- Retirar o par de luvas e descartar no lixo infectante;
- Retirar o avental impermeável fazendo a pega pela parte de trás do mesmo evitando a área da frente que tem maior contaminação e descartar no lixo infectante;
- Higienizar as mãos com formulação alcóolica ou água e sabão;
- Retirar os óculos de proteção/protetor facial e colocar em saco plástico identificado com o nome do funcionário e encaminhar e encaminhar para desinfecção;
- Retirar o gorro/touca e descartar no lixo infectante;
- Retirar a máscara N95 e/ou cirúrgica e descartar no lixo infectante;
- Higienizar as mãos com formulação alcóolica ou água e sabão.

Referências

BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

EBSERH. Norma 001: Trata da Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, V.2, 2019.

FRANÇA. C. R. et al. Procedimento Operacional Padrão (POP). Central de Material e Esterilização do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, PB: 2013.

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri, SP: Manole, 2011.

Sociedade brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas: Centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização, 7 ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 63 - Central de Material: Limpeza da Secadora



Procedimento Operacional Padrão (POP)

LIMPEZA DA SECADORA

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

Manter o equipamento limpo para receber o material que será secado para garantir condições adequadas de funcionamento, deixando-o livre de substâncias que possam interferir no processo.

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual-EPI (gorro, máscara, óculos de proteção, avental, luva de borracha e botas);
- Água;
- Detergente neutro;
- Pano macio ou esponja.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- Verificar se o equipamento está frio e desligado;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional;
- Utilizar os EPI;
- Calçar as luvas de borracha;
- Embeber a esponja com água e detergente neutro (1ml de detergente enzimático em 1L e água);
- Passar a esponja em movimento unidirecional, de dentro para fora, nas paredes internas da secadora, sem esfregar;

- Envolver um pano umedecido com água e repetir a descrição anterior
- Secar com um pano macio;
- Lavar o visor e partes externas com movimento unidirecional, de cima para baixo, com sabão neutro e água e secar com um pano macio;
- Higienizar as mãos após o procedimento.

Referências

BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

EBSERH. Norma 001: Trata da Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, V.2, 2019.

Sociedade brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas: Centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização, 7 ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 64- Segurança do Paciente: Teste de Selagem



Procedimento Operacional Padrão (POP)

TESTE DE SELAGEM

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

- Padronizar condutas relacionadas à realização do teste de selagem;
- Relacionar os procedimentos necessários para a testagem da selagem;
 - Identificar anormalidades no funcionamento da seladora;
 - Assegurar uma selagem segura das embalagens de papel grau cirúrgica;
 - Diminuir a perda de embalagens pela selagem ineficiente.

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Realizar o teste na primeira selagem do dia, diariamente;
- Realizar apenas uma selagem em cada folha de teste;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, gorro/touca);
- Ligar o motor da seladora;
- Aguardar o alcance da temperatura programada;
- Preencher a folha de teste com os seguintes dados: número da seladora, data, nome do operador, assinatura do operador;
- Colocar a folha de teste no interior da embalagem, entre o filme plástico e o papel, de forma que a tira de teste fique voltada para a parte plástica da

embalagem;

- Realizar a termoselagem, alcançando horizontalmente toda a tira de teste;
- Verificar no teste se a selagem foi efetiva, observando seu aspecto. Se a selagem foi íntegra, sem fissuras, rugas, bolhas e queima do papel, a selagem estará APROVADA. Se a selagem contiver rasgos, fissuras, rugas, bolhas ou presença de queima do papel, a selagem estará REPROVADA;
- Registrar o resultado de aprovado ou reprovado na folha de teste;
- Repetir o teste de selagem, caso o primeiro registre selagem REPROVADA;
- Prosseguir com o procedimento de selagem caso a mesma seja APROVADA;
- Arquivar o teste em pasta própria;
- Liberar para uso após resultado satisfatório do teste;
- Informar ao setor competente, a necessidade de avaliação e/ou conserto da seladora, caso a selagem seja reprovada.

MATERIAL

- 01 Máscara cirúrgica;
- 01 Gorro/Touca;
- Caneta;
- 02 Folhas de testes para seladora;
- 01 Embalagem de papel grau cirúrgico;
- 01 Embalagem de Tyvec;
- 01 Seladora de papel grau cirúrgico;
- 01 Seladora de Tyvec;
- Pasta para recolhimento dos testes.

Referências

BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

CHAVES, B. J. P. et al. Procedimento Operacional Padrão no Centro de Material e Esterilização. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. João Pessoa: 2018.

EBSERH. Norma 001: Trata da Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, V.2, 2019.

FRANÇA. C. R. et al. Procedimento Operacional Padrão (POP). Central de Material e Esterilização do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa, PB: 2013.

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri, SP: Manole, 2011.

Sociedade brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização (SOBECC). Práticas Recomendadas: Centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização, 7 ed. São Paulo: SOBECC; 2017

Elaborado por Deverson
Revisor por Bárbara

POP N° 65- Segurança do Paciente: **ROTINA DE RECEBIMENTO DE PLANTÃO NO EXPURGO**



Procedimento Operacional Padrão (POP)

ROTINA DE RECEBIMENTO
DE PLANTÃO NO
EXPURGO

Elaborado em: Set/2022

Revisado em: Set/2023

Objetivo:

Organizar o adequado processamento dos artigos recebidos no expurgo, desde a recepção, separação e lavagem de produtos para saúde;

- Garantir maior segurança ao cliente e à equipe de trabalho

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Verificar os materiais de trabalho e sinalizar quando houver falta de algum;
- Realizar limpeza das bancadas com água e sabão seguidos de desinfecção com compressa e álcool a 70%;
- Verificar abastecimento de produtos e equipamentos de proteção individual (avental impermeável longo, luva de procedimento, touca/gorro, máscara descartável, máscara N95,);
- Realizar a troca e a limpeza de escovas e esponjas;
Preparar solução do detergente enzimático de acordo com orientações do fabricante e realizar a troca do mesmo sempre que necessário;
- Receber o material contaminado dentro da caixa identificada, conferir a

quantidade e registrar em folha específica os itens recebidos;

- Imergir o material recebido em detergente enzimático em tempo determinado pelo fabricante;
- Realizar escovação dos artigos;
- Proceder limpeza manual dos materiais delicados que não suportam o uso de métodos automatizados/ ou não podem ser imersos;
- Receber os artigos limpos/sujos;
- Receber dentro de recipientes com tampas e conferir a qualidade dos artigos (artigo danificado: se quebrado, trincado, empenado, em desalinho com a estrutura original conjunto ou kit incompleto, dobra, tortuosidade ou amassado aparente, desgaste aparente, perda de resistência, alteração de cor, rachadura aparente e presença de oxidação). Se houver algum artigo danificado, registrar.

MATERIAL

- Avental impermeável longo;
- Luva grossa de cano longo e luva de procedimento;
- Máscara N95/PFF2;
- Mascara descartável;
- Óculos protetor;
- Gorro;
- Sapatos fechados;
- Detergente enzimático;
- Detergente neutro;
- Hipoclorito de sódio;
- Álcool a 70% específico para superfície;
- Escovas de cerdas macias, escovas tipo degermação da pele, escovas tipo dental e, esponjas não abrasivas;

- Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução;
- Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas;
- Saco plástico de lixo branco;
- Lixeira com tampa acionada por pedal;
- Mesa auxiliar ou bancada.

Referências

RDC/ANVISA 156, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reproprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências. Brasília, 2006

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 65 - Central de Material: **LIMPEZA MANUAL DE MATERIAL CANULADO**



Procedimento Operacional Padrão (POP)

LIMPEZA MANUAL DE MATERIAL CANULADO

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

Remover a sujidade dos artigos;

- Reduzir, destruir ou remover a carga microbiana dos artigos;
- Remover contaminantes orgânicos e inorgânicos.

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Paramentar-se devidamente utilizando os equipamentos de proteção; individual necessários para o desenvolvimento seguro desta atividade;
- Imergir o material aberto, de modo que fique totalmente encoberto pela solução, favorecendo desta forma a ação do detergente enzimático sobre toda a superfície do material;
- Esperar o tempo mínimo para a ação do enzimático (ler orientações do fabricante);
- Realizar flush (jato com pressão) utilizando a seringa nos materiais canulados, permitindo, assim, a ação detergente sobre a parede do lúmen;
- Enxaguar todo o material em água corrente, removendo todo o detergente enzimático;
- Realizar flush contendo água utilizando a seringa nos materiais canulados, removendo assim o detergente do interior do lúmen;
- Realizar inspeção final na busca de alguma sujidade que porventura tenha sido esquecida, realizada sob uma superfície branca;
- Observar na inspeção, se durante o processo de limpeza, algum instrumental

danificou;

- Secar o material canulado.

MATERIAL

- Água;
- Detergente enzimático;
- Seringas de vários tamanhos;
- Escovas, hastes com cerdas para canulado;
- Equipamentos de proteção individual (Luvas, touca, máscara, capote, óculos de proteção, bota).

Referências

BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 66- Central de Material: **LIMPEZA E CONTROLE DE ESCOVAS E ESPONJAS**



Procedimento Operacional Padrão (POP)

LIMPEZA E CONTROLE DE ESCOVAS E ESPONJAS

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

Proporcionar efetiva ação mecânica no processo de limpeza manual

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Paramentar-se devidamente utilizando os equipamentos de proteção individual necessário para o desenvolvimento seguro desta atividade;
- Inspeccionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação limpadora (atrito para a remoção da sujidade);
- Limpar e secar as esponjas e escovas a cada uso para manter as condições higiênicas;
- Trocar as esponjas a cada plantão de 24 horas e as escovas a cada 15 dias ou quando perderem sua ação limpadora;
- Registrar em mapa específico cada troca de escova danificou;

MATERIAL

- Escova;
- Esponja;
- Reservatório para manter as esponjas e escovas;
- Equipamentos de proteção individual (Luvas, touca, máscara, capote, óculos de proteção, bota);

- Detergente neutro;
- Água.

Referências

BRASIL. Resolução RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

LIMPEZA SEMANAL DA AUTOCLAVE

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

Padronizar a técnica da limpeza das autoclaves.

- Manter o bom desempenho do equipamento.

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Certificar que a autoclave está desligada e as paredes internas resfriadas;
- Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual (máscara descartável, luva de procedimento);
- Borrifar a solução de água e detergente neutro nas paredes internas da autoclave;
- Esfregar com auxílio do rodo (evitando debruçar-se dentro da câmara) todas as partes internas, inclusive a parte interna das portas;
- Enxaguar com compressa limpa embebida em água;
- Secar totalmente a câmara interna com outra compressa limpa e seca;
- Repetir o mesmo procedimento na parte externa da máquina, inclusive no visor;
- Recolher material;
- Deixar ambiente limpo e organizado;
- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos.

MATERIAL

- Compressas;
- Água;
- Solução de água e detergente neutro;
- Máscara descartável;
- Luva de procedimento;
- Rodo com cabo longo de uso exclusivo.

Referências

BRASIL. Resolução RDC n° 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

PRÉ-LAVAGEM
DE
INSTRUMENTAIS

Elaborado em: Abril/2024

Revisar em: Abril/2026

Objetivo:

- Evitar o ressecamento do sangue esporulação de bactérias, disseminação de microrganismos e formação de biofilme;
- Diminuir o risco de infecção cruzada;
- Evitar o aparecimento de manchas e oxidações no instrumental;
- Diminuir a quebra e necessidade de manutenção frequente dos instrumentais.

Responsabilidades:

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual;
- Realizar lavagem prévia com jatos de água, para retirar o excesso de matéria orgânica;
- Aplicar o detergente de pré-lavagem e uma quantidade mínima de água diretamente nos instrumentais cirúrgicos;
- Abrir as pinças, com exceção de instrumentais pontiagudos (backaus, pozzi);
- Retirar o excesso de líquido e encaminhar os instrumentais cirúrgicos para a Central de Material de Esterilização;
- Retirar equipamentos de proteção individual e higienizar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro da Central de Material de Esterilização à necessidade de um novo detergente de pré-lavagem ao término do que encontra em sala cirúrgica ou outra unidade.

MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção e avental impermeável);
- Detergente neutro ou enzimático;
- Recipiente rígido para facilitar a limpeza e transporte;
- Água potável.

Referência

BRASIL. Resolução RDC n° 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 2012.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Elaborado: Set/2024

Revisado: Set/2026

Objetivo:

Identificar o paciente de forma segura, assegurando a destinação correta do serviço ou tratamento solicitado, reduzindo a ocorrência de incidentes que resultem em danos ao mesmo.

Conceito:

Todos os usuários que buscam atendimento no serviço de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Joint Commission International (JCI), estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, visando a promoção de melhorias na assistência ao paciente em situações consideradas como sendo de maior risco. Todas as instituições de saúde do mundo adotam as metas, a fim de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. De acordo com o International Classification for Patient Safety, Segurança do Paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. As metas estabelecidas são:

1. Identificar corretamente o paciente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação;
3. Melhorar a segurança das medicações de alta vigilância;
4. Garantir cirurgias seguras;
5. Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado em saúde;
6. Reduzir o risco de lesões decorrente de quedas.

A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura. Devemos sempre confirmar a identificação do paciente antes

de realizar consultas, exames, procedimentos e tratamentos, para que o mesmo receba o atendimento correto, mesmo nas situações em que não pode responder por si mesmo.

Assim, “por mais “incomodado” que o usuário se sinta, é necessário que em todos os atendimentos que o mesmo receba na instituição, da recepção até a um atendimento especializado, tais informações sejam constantemente confirmadas” (SESA PR, 2018).

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem e Recepção.

MATERIAIS:

- Sistema;
- Documento oficial com foto (RG, Carteira de motorista, passaporte);
- Cartão Nacional do SUS (CNS).

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

Usuário é recebido na recepção e informa o atendimento que busca;
Recepção acolhe e solicita o CNS e o documento oficial com foto, para checagem;
Solicita que aguarde na sala de espera, até ser chamado para o acolhimento, consulta ou procedimento;
Profissional que realizará o atendimento acolhe o usuário e solicita os 2 marcadores de identificação segura, que são: nome e data de nascimento;
Profissional após realizar a triagem o mesmo irá classificar a prioridade de atendimento do usuário conforme Protocolo de Manchester.

Referências

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente - Protocolo de Identificação Segura do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jul. 2013. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica---o-do-Paciente.pdf> 1.

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Tutoria na Atenção Primária à Saúde: Manual Operativo Selo Bronze - Anexo V - POP Identificação Segura do Paciente. p.64. Curitiba, 2018. 82 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Selo_Bronze_2018.pdf.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 70 - SEGURANÇA DO PACIENTE: Classificação de Risco



Procedimento Operacional Padrão (POP)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
TRIAGEM/ACOLHIMENTO

Elaborado: Abril/2024

Revisar em :
Abril/2026

Objetivo:

Identificar o paciente de forma segura, assegurando a destinação correta do serviço ou tratamento solicitado, reduzindo a ocorrência de incidentes que resultem em danos ao mesmo.

Conceito:

Todos os usuários que buscam atendimento no serviço de saúde.

Acolhimento, Classificação de Risco, Urgência, Emergência, Pronto-Socorro.

Período referenciado e quantidade de artigos relevantes Para seleção do material tomaram-se por base as publicações dos últimos anos e foram utilizados os seguintes documentos: artigos, publicações do Ministério da Saúde, publicações da SES-DF, publicações de outras Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e livros-texto, totalizando 19 publicações.

Introdução A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013). A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com dissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004). O MS, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o **Acolhimento** como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na

prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de **Referência**, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde. A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004) Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em **serviços de urgência é privativa do Enfermeiro**, observadas as disposições legais da profissão”. Além disso, Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução Cofen 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004). A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme essa Portaria, o processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade

para o atendimento” (BRASIL, 2002). A Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Os Pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010). A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados à outras unidades por profissional não médico. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006). O Ministério da Saúde recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. A elaboração desse protocolo visa nortear os profissionais de saúde

no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica. A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar. O protocolo é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas e traumáticas, tem por finalidade a pronta identificação do usuário mais grave, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o potencial de risco. Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam na rede de urgência e emergência do SUS no que se refere ao acolhimento e classificação de risco. Sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR):

1. **Pressão arterial:** idosos, hipertensos, diabéticos, obesos e nas queixas de cefaleia, vertigem e desmaios;

2. **Glicemia capilar:** história de diabetes queixa de vertigem ou desmaio;

3. **Frequência cardíaca:** cardiopatas queixam de dor torácica, intoxicações exógenas e convulsões.

4. **Temperatura** seguindo o Acolhimento, o usuário deverá ser avaliado pela equipe a partir dos seguintes passos: Avaliação Inicial: tem como objetivo afastar o risco iminente de morte ou agravo.

1º Passo: Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (queixa principal) Fator a ser considerado: Tempo de início da queixa ou evento, definido em: o Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos; o Agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas. Recente: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

2º Passo: A partir da queixa principal identificar o fluxograma correspondente e realizar a Classificação de Risco conforme a seguir: Observar e avaliar:

1. Alterações do nível de consciência/estado mental pela Escala de Coma de Glasgow: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como **vermelho/laranja**. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para o Pronto Socorro (PA);

2. Comprometimento das vias aéreas: A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridores inspiratórios e expiratórios representam grave risco;

3. Respiração ineficaz: Quando o paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória;

4. Circulação: Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR. Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência). Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida: Alterações na temperatura corporal: adultos muito quentes ou quentes devem ser classificados como muito urgente ou urgente. Hipotermia deve ser sempre muito urgente.

5. Avaliação da dor: Esta avaliação é realizada através Escalas Visuais Analógicas (EVA) associadas pelo menos uma alteração de sinais vitais.

3º Passo: Avaliação secundária: referem-se aos demais sinais e sintomas que não representam risco iminente de morte ou agravo

4º Passo: Avaliar a presença de fatores de risco clínicos ou de trauma.

5º Passo: Encaminhar a área de atendimento de acordo com a classificação e fluxograma pré-estabelecido pelo serviço/unidade.

I – Classificação Vermelha Atendimento no Pronto Socorro. São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato. As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo Suporte Avançado do SAMU-192. Tempo de atendimento alvo: **imediato**.

II – Classificação Laranja Atendimento em consultório médico se condições e/ou Sala de Emergência, se necessário. São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico mediato e assistência de enfermagem contínua. As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192. Tempo de atendimento alvo: **10 minutos**.

III – Classificação Amarela: São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto

atendimento. O transporte/atendimento será feito pela Ambulância de Suporte Básico do SAMU192 ou ambulância do município adequada para o transporte.

Tempo de atendimento alvo: **60 minutos**.

IV – Classificação Verde: Por definição são pacientes sem risco iminente de morte ou de agravo. Serão atendidos nos prontos atendimentos por ordem de chegada ou referenciados para as Unidades Básicas de Saúde para atendimento ou agendamento. Tempo de atendimento alvo: **Seis (06) horas** nos casos de atendimento no Hospital.

V – Classificação Azul: São as demandas por procedimentos médicos e não médicos como: curativos, troca de sondas, administração de medicamentos, atendimento a casos crônicos/agendamentos, trocas de receitas. Serão referenciados para as Unidades Básicas de Saúde para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento mediato em horários de não funcionamento da UBS. Tempo de atendimento alvo: **Doze (12) horas** nos casos de atendimento no Hospital.

Urgência x Emergência: Agravo à saúde, com ou sem risco iminente de morte, que necessita de assistência médica imediata, que implica em risco iminente de morte ou sofrimento intenso. Características Pronto Socorro demanda espontânea superlotação, tempo de espera elevado, situações de urgência e emergência Classificações de risco/Insuficiência respiratória/Choque Atendimento urgência/ PCR súbita: evento raro (5 a 15% de ritmos chocáveis) Sobrevida 4 a 13% em ambiente extra-hospitalar 33% em ambiente hospitalar Sobrevida maior em ritmos chocáveis Alto índice de sequelas neurológicas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0. PRIORIDADE ZERO (VERMELHA)

ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA A SALA DE RESSUSCITAÇÃO E AVISAR A EQUIPE MÉDICA, AÇIONAMENTO DE SINAL SONORO. NÃO PERDER TEMPO COM CLASSIFICAÇÃO. ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS. EM MORTE IMINENTE. (EXEMPLO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, INFARTO, POLITRAUMA, CHOQUE HIPOVOLÊMICO, ETC.)

1. PRIORIDADE I (AMARELA)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA; URGÊNCIA, AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 30 MINUTOS. ELEVADO RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TCE SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS SINTOMÁTICOS, ETC.)

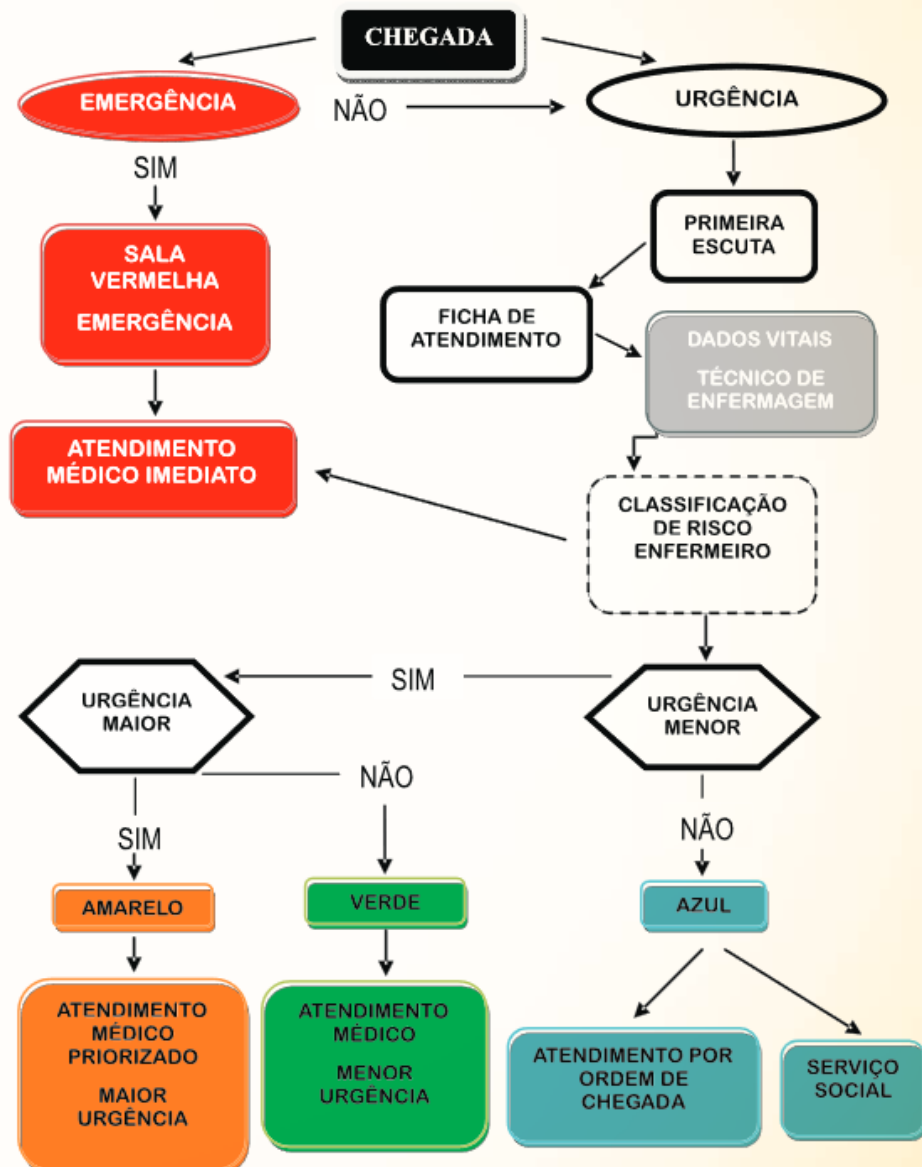
2. PRIORIDADE II (VERDE)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR. AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

2. PRIORIDADE II (VERDE)

ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR. AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

FLUXOGRAMA



Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem e Recepção.

MATERIAIS:

- Sistema;
- Documento oficial com foto (RG, Carteira de motorista, passaporte);
- Cartão Nacional do SUS (CNS).

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

Usuário é recebido na recepção e informa o atendimento que busca;

Recepção acolhe e solicita o CNS e o documento oficial com foto, para checagem;
Solicita que aguarde na sala de espera, até ser chamado para o acolhimento, consulta ou procedimento;

Profissional que realizará o atendimento acolhe o usuário e solicita os 2 marcadores de identificação segura, que são: nome e data de nascimento;

Profissional após realizar a triagem o mesmo irá classificar a prioridade de atendimento do usuário conforme Protocolo de Manchester.

Referências

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente - Protocolo de Identificação Segura do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jul. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identificacao-do-Paciente.pdf> 1.

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Tutoria na Atenção Primária à Saúde: Manual Operativo Selo Bronze - Anexo V - POP Identificação Segura do Paciente. p.64. Curitiba, 2018. 82 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Selo_Bronze_2018.pdf.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Elaborado:
Set/2024

Revisado:
Set/2026

Objetivo:

Notificar as doenças de notificação compulsórias em tempo oportuno;
Iniciar a investigação e o registro nas fichas de SINAN;
Comunicar os agravos notificados e encaminhar as fichas para a Vigilância Epidemiológica do município.

Conceito:

Segundo a Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017, no **Art.2º**, conceitua-se:

Notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no Anexo 1 do Anexo V, podendo ser imediata ou semanal;

Notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

Notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

Notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

Além da Portaria Nacional, a Vigilância Epidemiológica necessita atender também as especificações da Portaria Estadual SESAU/Nº 236, 09 de março de 2016. A lista de agravos de notificação compulsória foi atualizada em 13 de maio de 2022, pela Portaria GM/MS Nº 1.102.

Responsabilidades:

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem e Recepção.

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória:

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA.

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			de
		MS	SES	SMS	
					Imediata (até 24 horas) para*
					Semanal
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X

11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico. b. Tularemia. c. Varíola	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus. b. Ebola. c. Marburg. d. Lassa. e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	

30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

MATERIAIS:

- Fichas do SINAN;
- Documentos pessoais, comprovante de residência e dados da empresa (quando for necessário);
- Evolução em prontuário.

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

Usuário é recebido na recepção e informa o atendimento que busca;
 Recepção acolhe e solicita o CNS e o documento oficial com foto, para checagem;
 Solicita que aguarde na sala de espera, até ser chamado para o acolhimento, consulta ou procedimento;
 Profissional que realizará o atendimento acolhe o usuário e solicita os 2 marcadores de identificação segura, que são: nome e data de nascimento;
 Profissional após realizar a triagem o mesmo irá classificar a prioridade de atendimento do usuário conforme Protocolo de Manchester;

Proceder com a evolução de enfermagem e preenchimento da ficha de notificação compulsória, orientar ao usuário e comunicar sobre os procedimentos a ser realizado;

Durante semana encaminhar para o responsável da Vigilância Epidemiológica do município e nos finais de semana comunicar via telefônica e guardar em pasta identificada como SINAN.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde: Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] – 5ª. ed. – Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf.

Portaria Estadual SESAU/Nº 236, 09 de março de 2016.

Portaria GM/MS Nº 1.102 em 13 de maio de 2022.

Portaria gm/ms nº 420, de 2 de março de 2022.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 72 - Segurança do Paciente: Prevenção da Queda



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Prevenção de Queda

Elaborado: Abril/2024

Revisar em : Abril/2026

Objetivo:

Atender a meta internacional de Segurança para reduzir riscos de quedas do paciente respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente;
Reduzir a ocorrência de quedas e o dano decorrente dela nos pacientes que circulam em todos os setores do Hospital Municipal de Borrazópolis;
Contemplar a Identificação de Riscos do paciente, garantindo um cuidado multiprofissional e ambiente seguro, bem como educação continuada, respeito aos protocolos envolvendo profissionais, pacientes e familiares.

Conceito:

Consiste no procedimento pelo qual se previne a ocorrência de quedas do paciente, a fim de reduzir danos decorrentes dela, através da utilização de meios padronizados pela instituição nos setores do Hospital Municipal.

Queda, por sua vez, é definida pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e Organização Mundial de Saúde como o “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano”. Sendo assim, considera-se queda nos casos em que “o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão”. As ocorrências de quedas podem ser da própria altura, de macas, de camas/berços ou de assentos, tais como: cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, vasos sanitários e outros (BRASIL, 2013, p. 2-3).

Diversos fatores corroboram com o aumento do risco de queda no ambiente hospitalar, sendo eles relativos ao processo do adoecimento, do envelhecimento (FREITAS, R. et al., 2011).

Responsabilidades:

Equipe multidisciplinar.

Fatores Predisponentes para Queda

Demográfico: crianças menores de cinco anos; idosos maiores de sessenta e cinco anos;

Psico-cognitivas: declínio cognitivo, depressão, ansiedade;

Condições de saúde: acidente vascular cerebral (AVC) prévio, hipotensão postural, vertigem, baixo índice de massa corpórea, anemias, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrite, osteoporose, alterações metabólicas;

Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias; necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares, deformidades nos membros inferiores;

Comprometimento Sensorial: visão, audição e tato;

Equilíbrio Corporal: marcha alterada;

Uso de medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, laxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, poli farmácia (uso de 4 ou mais medicações);

Obesidade mórbida;

História prévia de quedas (BRASIL, 2013, p.4-5).

MATERIAIS:

Caneta (azul e vermelha);

Pulseira de Identificação de Risco / ou adesivo na cor respectiva;

Camas com grades elevadas e travas nas rodas;

Banheiros com corrimão;

RISCO DE QUEDA

RISCO PARA LESÃO POR PRESÃO

LPP

ISOLAMENTO

RISCO TROMBOEMBOLISMO

VENOSO

ALERGIA

MEMBRO AFETADO

RISCO DE EVASÃO

Etapas do Procedimento

Identificar riscos de quedas nos pacientes internados, observação, emergência, ambulatório;

Utilizar a pulseira ou adesivo de identificação de queda na cor **AMARELA**; Registro nas evoluções de todos os procedimentos, intercorrências relacionadas ao quadro do paciente;

Identificar riscos físicos e ambientais de quedas para os pacientes;

Todo paciente que estiver sendo transportado de maca, deverá ser protegido com grades elevadas, bem como as travas das rodas devidamente acionadas;

Colocar sinalização de piso molhado.

Monitoramento e Indicadores

Manter um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas;

Notificar as quedas e suas causas ao Núcleo de Segurança do Paciente;

Manter atualizado os indicadores;

Criar uma equipe de estudos para prevenção de quedas de pacientes internados e em observação.

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Ver. Saúde Pública. 2004; 38(2): 335-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em 24/04/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo de prevenção de quedas. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em: http://portalsaude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf. Acesso em 24/04/2023.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara



Procedimento Operacional Padrão (POP)

**Administração
de
Medicamentos**

Elaborado: Maio/2024

Revisar em : Maio/2026

Objetivo:

Promover práticas seguras na administração de medicamentos.

Conceito:

Padronizar os procedimentos de administração de medicamentos, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida dos pacientes atendidos.

Responsabilidades:

Equipe de enfermagem.

Caso não estiveram com sujidade aparente, caso ao contrário higienize-as;
Checar o horário da medicação na beira leito, nome legível;
Manter o ambiente organizado.

MATERIAIS:

- Caneta (azul e vermelha);
Prescrição médica do medicamento
- 01 Kit Material conforme via de administração
 - 01 Bandeja
 - 01 Lista de medicamentos de alta vigilância

Etapas do Procedimento

Paciente certo;
Medicamento certo;
Via certa;
Hora certa;
Dose certa;
Registro certo;
Ação certa;
Forma certa;
Resposta certa

Medicamento ¹	Apresentação	Risco ¹	Dose Máxima ^{2,3}
penicilina G CRISTALINA	50.000UI/mL, 20mL (pronto uso) 5.000.000 UI, pó líofilo	Encefalopatia, Hiperpotassemia, Hiper-reflexia, Convulsão, Coma, Arritmia cardíaca, Parada cardíaca	400.000UI/kg/dia
penicilina G BENZATINA (Uso somente por via intramuscular)	1.200.000 UI, pó líofilo	Parada Cardiovascular e Morte, se administrado por via endovenosa.	50.000UI/kg/dia - IM
rocurônio 50mg	10mg/mL, 5mL	Parada Respiratória	Sequência rápida intubação traqueal: 0,6 mg/Kg/dose
suxametônio (succinilcolina) 100mg	100mg, fr. amp.	Parada Respiratória	Sequência rápida intubação traqueal: 2 mg/Kg/dose
tramadol	5mg/mL, sol. oral	Depressão respiratória, Hipotensão Grave e Síndrome serotoninérgica	1mg/kg/dose
tramadol 50mg	50mg/mL, 1mL, sol. inj.		
Outros:			
- Antimicrobianos, como por exemplo: amicacina, ceFAZolina, cefepime, ceFOTAXima, ceFTAZidima, ceFTRIAXona, ceFOXITina, gentamicina, oxacilina, vancomicina, penicilina G CRISTALINA, penicilina G BENZATINA, penicilina G PROCAINA (risco de erro por nomes semelhantes);			
- Medicamentos na forma lipossomal: Ex. anfotericina B lipossomal, doxorubicina lipossomal e seus correspondentes na forma convencional (ex. anfotericina B desoxicolato, cloridrato de doxorubicina);			
- Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada para crianças: hidrato de cloral (em falta no mercado);			
- Soluções de nutrição parenteral;			
- Soluções de hemodiálise: solução ácida (cloreto sódio+cloreto potássio e associações), solução ácida com baixo teor de cálcio (cloreto sódio +cloreto potássio + cálcio 2,5 + associações) e solução básica (bicarbonato de sódio 8,4%).			
Fonte:			
1. https://www.ismo-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismo-fevereiro-2019.pdf			
2. Manual da Unidade de Internação Neonatal. Hospital da Mulher CAISM UNICAMP. maio de 2020.			
3. Pediatric Injectable Drugs (the Teddy Bear Book). 2018			

Medicamento ¹	Apresentação	Risco ¹	Dose Máxima ^{2,3}
água estéril para injeção	500mL e 1000mL	Hiponatremia e Hemólise	100mL
alprostadil	250mcg/mL, 1mL	Apnea (principalmente em neonatos com peso < 2kg ao nascer e na 1ª hora de infusão do medicamento), Hipotensão, Bradicardia, Parada respiratória, Febre, Erupções cutâneas.	Dose inicial: 0,1mcg/kg/min Dose de manutenção: 0,05 mcg/kg/min / 0,01mcg/kg/min
amiodARONA 150mg	50mg/mL, 3mL	Arritmias, Bradicardia, Hipotensão, Toxicidade hepática e pulmonar	20mg/kg/dia
anfotericina B	50mg	Lesão renal, Parada Cardíaca ou Cardiopulmonar	1mg/kg/dia
atracúrio 25mg	10mg/mL, 2,5mL	Parada Respiratória	Dose de ataque: 0,4mg/kg Dose manutenção: 10mcg/kg/min
bicarbonato de sódio 8,4%	10 mL, 250 mL e 5 L	Hipocalemia, Alcalose metabólica, Hipertonía muscular e Tetania	2mEq/kg/dose ³
cetamina/dextrocetamina 100mg	50mg/mL, 2mL	Depressão Respiratória	0,132mg/kg/min ³
cloreto de potássio 19,1%	ampola com 10mL	Parada Cardíaca	3mEq/kg/dia
cloreto de sódio 20%	ampola com 10mL	Distúrbio hidroeletrólítico (Hipernatremia e Hiperosmolaridade)	4mEq/kg/dia
dexmedetomidina 200mg	100mcg/mL, 2mL	Bradicardia, Hipotensão e Parada Cardíaca	0,6mcg/kg/hora
DOBUtamina 250mg	12,5mg/mL, 20mL	Hipertensão e Arritmia	20mcg/kg/min
DOPamina 50mg	5mg/mL, 10mL	Arritmia, Hipertensão grave	dopaminérgica: 5 mcg/Kg/min Beta-drenérgica: 15 mcg/Kg/min alfa-adrenérgica: > 20 mcg/Kg/min
enoxaparina	20mg	Hemorragia	Pré-termo: 1mg/kg/dose RN termo: 1,5mg/kg/dose
EPINEFrina (adrenalina)	1 mg/mL, 1mL	Hipertensão grave, Fibrilação, Edema pulmonar	1mcg/kg/min
fentaNILA 50mcg/mL	2mL	Hipotensão grave, Depressão Respiratória	5mcg/kg/hora
glicose 25%	ampola com 10mL	Desidratação, Hiperglicemia, Hipocalemia, Edema Pulmonar, Perda de Consciência.	Sem informações
glicose 50%	ampola com 10mL		
heparina sódica 2.5000 UI (endovenosa)	5000 UI/mL, 5mL	Hemorragia	Cateter arterial 0,5UI/mL
insulina humana NPH	100UI/mL, 10mL	Hipoglicemia grave, Encefalopatia, Edema pulmonar e Convulsão	Sem informações
insulina humana Regular	100UI/mL, 10mL		0,1UI/kg/hora
isoproterenol / isoprenalina	0,02mg/mL, 1mL	Convulsão, Hipertensão, Infarto agudo do miocárdio e Arritmia	0,5mcg/kg/min
lidocaína 2%	20mg/mL, 20mL	Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave	Infiltração local com lidocaína a 0,5%: 5mg /kg (1 mL/kg)
metadona	0,5mg/mL, 20mL, sol. oral	Hipotensão, Bradicardia e Depressão respiratória	0,2mg/kg/dose
metadona	10mg/mL, 1 mL, sol. inj.		
midazolam 5mg	1mg/mL, 5mL	Depressão do SNC, Hipotensão, Depressão respiratória, Parada respiratória, Encefalopatia hipóxica	0,75mcg/kg/min
midazolam 15mg	5mg/mL, 3mL	Depressão do SNC, Hipotensão, Depressão respiratória, Parada respiratória, Encefalopatia hipóxica	Infusão Contínua: 60mcg/kg/hora Infusão intermitente: 150mcg/kg/hora
milrinona 10mg	1mg/mL, 10mL	Arritmia e Hipotensão grave	0,75mcg/kg/min
morfina	1mg/mL, solução oral	Leve a Moderado: Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e hipotensão. Grave: Depressão respiratória, Convulsões, Lesão Pulmonar Aguda.	0,6mg/kg/dose
morfina 2mg	1mg/mL, 2mL, sol. inj.		Infusão contínua: 0,15mg/kg/hora Infusão intermitente: 0,2 mg/kg/hora
morfina 10mg	10mg/mL, 1mL		
NOREpinefrina 4mg	1 mg/mL, 4mL	Hipertensão severa	1mcg/kg/min

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: 2013.

Elaborado por Deverson
Revisado por Bárbara

POP Nº 74 - Segurança do Paciente: Prevenção de Úlcera de Lesão por Pressão (LPP)



Procedimento Operacional Padrão (POP)

Prevenção de Úlcera de Lesão por Pressão (LPP)

Elaborado: Maio/2024

Revisar em: Maio/2026

Objetivo:

Identificar e classificar os clientes com risco para LPP.

Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP.

Identificar precocemente LPP em estágios iniciais.

Reduzir a incidência de LPP adquiridas durante a hospitalização.

Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e, sobretudo, seguro aos clientes e familiares.

Reduzir o tempo de hospitalização gerada pelo desenvolvimento de LPP.

Promover atualização baseada em evidências científicas, voltada para a realidade de trabalho.

Padronizar condutas e materiais no âmbito institucional.

Definir responsabilidades da enfermagem no âmbito institucional.

Estabelecer barreiras e reduzir variáveis latentes para a instalação de eventos adversos preveníveis.

Garantir documentação completa e suficiente para garantir a comunicação efetiva.

Fornecer indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde

Facilitar a operacionalização da Sistematização da Assistência em Enfermagem.

Elevar a satisfação dos clientes quanto a segurança e a qualidade assistencial.

Reduzir custos hospitalares.

Favorecer a integração assistência, ensino e pesquisa.

Conceito:

As lesões por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP, 2016).

Responsabilidades:**Enfermeiro**

Identificar e classificar o perfil de risco do cliente hospitalizado, na unidade para subsidiar os indicadores e as intervenções (antes e durante a internação).

Prescrever e implementar ações preventivas e de identificação precoce para LPP, de maneira individualizada.

Divulgar a incidência de LPP e reavaliar as ações de prevenção, mensalmente.

Supervisionar o cumprimento das ações e promover capacitação contínua a equipe de enfermagem.

Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

Notificar as LPPs desenvolvidas na instituição no VIGHOSP.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Implementar o plano de intervenções prescrito pelo enfermeiro.

Identificar a LPP precocemente e comunicar ao enfermeiro.

Registrar as ações de intervenção e de monitoramento.

MATERIAIS:

Caneta (azul e vermelha);

PROCEDIMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE:

A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida por meio da aplicação da escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças 29 dias a 13 anos), mediante os escores:

Braden	Escore ≤ 9 = risco muito alto
Braden	Escore 10 a 12 = risco alto
Braden	Escore 13 e 14 = risco moderado
Braden	Escore 15 a 18 = risco leve
Braden	Escore ≥ 19 = sem risco
Braden Q	Escore ≤ 16 = em risco
Braden Q	Escore > 16 = sem risco

As escalas Braden e Braden Q deverão ser aplicadas a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente. A classificação do escore obtido deverá ser registrada na planilha específica para esse fim, conforme rotina institucional. As intervenções estarão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a:

1. Percepção sensorial (capacidade de reação significativa ao desconforto);
2. Umidade (nível de exposição da pele à umidade);
3. Atividade (nível de atividade física);
4. Mobilidade (capacidade de alterar e controlar a posição do corpo);
5. Nutrição (alimentação habitual) e
6. Fricção e cisalhamento (retrata a dependência do cliente para a mobilização e posicionamento e sobre o estado de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção).

GRUPO DE RISCO PARA LPP

Clientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes)
Clientes com a percepção sensorial comprometida (térmica e tátil).
Clientes submetidos à procedimentos anestésicos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
Clientes com dispositivos médicos e artefatos

FATORES PREDISPOONENTES

Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção.
Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) > 30 Kg/m² e < 14,5 Kg/m², anemia, deficiência nutricional proteica; idade avançada (idosos), hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão; doenças renal, cardiovascular, neuromuscular e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

CLASSIFICAÇÃO DA LPP

Estágio 1 – pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No cliente de pele escura pode ser observada a descoloração da pele.



Figura 1. LPP estágio 1

Estágio 2 – perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.



Figura 2. LPP estágio 2

Estágio 3 – perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.



Figura 3. LPP estágio 3

Estágio 4 – perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.



Figura 4. LPP estágio 4

5. Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo deve ser removida.

LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL



6. Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

LESÃO POR PRESSÃO TISSULAR PROFUNDA



7. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

8. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem \leq que 16 pontos, são considerados de risco.
- Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado.

ANEXO IV- ESCALA DE MORSE

Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente NÃO SIM	0 25
2	Diagnóstico secundário NÃO SIM	0 15
3	Auxílio para deambular Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da Saúde Muleta/Bengala/ Andador Mobiliário/parede	0 15 30
4	Terapia endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado NÃO SIM	0 20
5	Marcha Normal/Sem deambulação, acamado, Cadeira de Rodas Frac Comprometida, cambaleante	0 10 20
6	Estado Mental Orientado, capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/esquece limitações	0 15
	TOTAL	

Escore	Risco
< 41	Risco médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

Referências

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Processamento de roupas de serviços de saúde: prevenção e controle de riscos. Brasília, 2007. 120p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012. 120p.

Caderno Ebserv de Hotelaria Hospitalar_Volume I – Produzido pelo Serviço de Apoio à Hotelaria Hospitalar – Brasília; EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2ª Edição – 2018 (Revisada e ampliada) 36p.


DEFINIRION, G. Feridas Novas Abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia-SOBENDE. Disponível em: Acessado em: 04/05/2023.

Elaborado por Deverson

Revisado por Bárbara

POP Nº 75 LIMPEZA E ZELADORIA: LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE

	Procedimento Operacional Padrão (POP)		
	LIMPEZA	E	Elaborado: Junho/2024
	HIGIENIZAÇÃO	NO	Revisar em: Junho/2026
	SERVIÇO DE SAÚDE		

Objetivo:

A higienização é um processo alcançado mediante os procedimentos de limpeza, descontaminação e desinfecção. Assim, os serviços de limpeza hospitalar nas unidades de assistência à saúde (hospital, ambulatório, unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, dentre outros) consistem na higienização, limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis, a redução ou destruição de microrganismos patogênicos capaz de disseminação de doenças.

Importante registrar que superfícies em serviço de saúde referem-se a qualquer área a ser limpa, como mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, poltronas, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de ar condicionado, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

Responsabilidades:

Serviços gerais.

1. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA PROCESSO DE TRABALHO NA HIGIENIZAÇÃO, LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 DOS CUIDADOS PESSOAIS

- **Higiene pessoal:** Deve o profissional de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal.

- **Aparência pessoal:** Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares, piercing, brincos) durante o período de trabalho.
- **Cuidados com o corpo:** Através da execução do serviço de assepsia entra-se em contato com microrganismos que ficam aderidos à pele, unhas e cabelos. Somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar a aparência agradável.
- **Cuidados com barba e cabelos:** Os cabelos devem estar limpos e presos, se compridos. Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita. Quando utilizar de touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.
- **Cuidado com as unhas:** As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos; Dar preferência a esmaltes transparentes para visualizar a sujidade e poder eliminá-la; evitar a retirada de cutículas para se manter a pele íntegra.

2.2 USO DE EPIS

O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida. Considera-se EPI todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a integridade física do trabalhador, sendo eles: uniforme, luvas cirúrgicas, luvas de borracha, máscara cirúrgica ou PPF2 ou N95, óculos, sapato de segurança ou bota impermeável, avental impermeável.

2.3 DOS CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA:

Trata-se de um conjunto de medidas que busca minimizar os riscos inerente ao trabalho de higienização, limpeza e desinfecção de superfícies:

Lavar as mãos com água e sabonete ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento;

Usar corretamente os Equipamentos de de Proteção Individual (EPI) ou coletiva (EPC) em todos os procedimentos que requerem;

Não manipular os resíduos que não estejam embalados adequadamente identificados;

Não tocar maçanetas e interruptores com as mãos enluvasdas;

A desinfecção de superfície deve acontecer com as luvas limpas e devidamente higienizadas;

Quando utilizar escadas, não conversar enquanto estiver em cima, assim como não subir as escadas com os pés molhados. Evitar o uso de banquetas e cadeiras como escadas;

Não colocar as mãos no interior de caixas de perfuro-cortantes, mesmp com as mãos enluvasdas;

Andar com cuidado em pisos molhados;

Sinalização do ambiente: sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidantes e poluição visual;

Cuidados no manuseio de sabão, desisnfetante e removedor para não espirrar na face, olhos, etc.;

Na execução de técnicas, procurar manter-se numa postura adequada, evitando danos a coluna vertebral;

Em caso de acidentes perfuro-cortantes, notificar a chefia imediata (enfermeiro plantonista), obedecendo o fluxograma para acidente de trabalho, dentro das primeiras 24 horas após o acidente.

Alimentar-se em local adequado (copa).

2.3 DO USO DOS PRODUTOS

Todos os produtos saneantes utilizados devem ser devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

Deve-se utilizar um sistema compatível entre equipamento e produto de limpeza e desinfecção de superfícies (apresentação do produto, diluição e aplicação);

O profissional de limpeza sempre deverá certificar se os produtos de higiene, como sabonete, álcool e papel toalha, são suficientes para atender às necessidades do setor;

Cada setor deverá ter a quantidade necessária de equipamentos e materiais para limpeza e desinfecção de superfícies.

2.4 DA LAVAGEM DOS PANOS DE LIMPEZA

Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser preferencialmente encaminhados à lavanderia para processamento ou lavados manualmente no expurgo;

Importante que a lavagem dos panos de limpeza não aconteça no mesmo expurgo utilizado para higienização de panos pratos utilizados em cozinhas e/ou refeitórios;

O sucesso das atividades de limpeza e desinfecção de superfícies depende da garantia e disponibilização de panos ou cabeleiras alvejados e limpeza dos baldes, bem como todos equipamentos de trabalho.

2.5 DA HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Todos os equipamentos de limpeza, deverão ser limpos e higienizados com desinfetantes no final de cada turno, e se necessário, por exemplo, após a limpeza de isolamento.

2.6 LAVAGEM DOS PANOS

Separar os recipientes que serão lavados os panos de prato, panos de limpeza/ desinfecção , e os panos de chão;

Jamais lavar panos com fluídos corporais (sangue, fezes, uina, vômito) com outros que não contenham a matéria orgânica.

Quando for necessário deixar os panos de molho na água sanitária não deixar por mais de 30 minutos;

Após o período de molho (se for o caso), retirar o panos de limpeza e esfregar com bucha de cerdas firmes em um tanque preferencialmente destinado a esse fim;

Torcer manualmente os panos de limpeza;

Panos de prato deverão ser lavados manualmente utilizando do próprio recipiente destinado para eles (balde de uso exclusivo) e na cuba da pia;

Estender os panos de prato e de chão em local arejado e separados.

2.7 DO RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS

Recolher sacos de resíduos dos recipientes próprios quando 80% de sua capacidade estiverem preenchidos ou sempre que necessário, evitando coroamento ou transborde. Nesse caso, uma frequência de recolhimento deve ser seguida no período da manhã e final do turno, ou quando for necessário conforme a demanda do hospital;

Verificar se o transporte de resíduos recolhidos ocorrem em carros próprios, não sendo permitido que os sacos se encostem ao corpo do profissional ou que sejam arrastados pelo piso;

Não recolher lixo perfuro-cortante descartados em locais inadequados. Neste caso deve-se comunicar o responsável pelo descarte para que o mesmo proceda ao recolhimento antes da realização da limpeza do local;

Nunca transferir o conteúdo de um saco de resíduos em outro saco para fins de preenchimento do mesmo.

3 CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS

As áreas a serem consideradas para tipo de serviço correspondem às quantidades obtidas a partir da projeção horizontal de cada ambiente, isto é, áreas de planta baixa. Para reforçar esse conceito, a área a ser quantificada é a de piso, sem considerar as áreas verticais de parede/ divisórias com vidro, portas, visores e afins, cujos os serviços estão contemplados nos itens correspondentes à limpeza dos pisos.

3.1 Áreas críticas: são áreas hospitalares que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco. São elas: Sala de emergência, quadro de isolamento, expurgo, área suja da lavanderia.

3.2 Áreas semicríticas: são áreas hospitalares ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São elas: unidade de internação, unidade de atendimento ambulatorial, banheiros, posto de enfermagem, sala de triagem e espera, corredores e similares.

3.3 Áreas não críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifado;

3.4 Áreas administrativas: são todas as demais áreas das unidades hospitalares destinadas às atividades administrativas, por onde geralmente não há circulação de pacientes;

3.5 Áreas externas: são todas as demais áreas da unidade hospitalar situadas externamente às edificações, como estacionamento, pátios, calçadas;

3.6 Vidros externos: são aqueles localizados nas fachadas da edificação;

4 PROCESSO DO SERVIÇO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

A higienização é mais do que limpeza. Ela é alcançada mediante os procedimentos de limpeza, descontaminação e desinfecção. Ou seja, para ter higienização é preciso ter limpeza prévia, mas nem toda limpeza precisa terminar em higienização.

4.1 Materiais e Equipamentos Recomendados para limpeza e higienização dos serviços de saúde

Quadro 1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Material	Indicação	Limpeza e Conservação
Máscara Descartável	Proteção contra doenças de transmissão respiratória.	Troca a cada período, após descartar no lixo contaminado
Gorro	Deve ser utilizado nas atividades onde há possibilidade de respingo de líquidos diversos e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, onde há possibilidade de projeção de poeira (teto, parede, janela, etc). A touca deverá cobrir todo cabelo.	Desprezar ao final do período / dia trabalho diária, após descartando em lixo contaminado.
Óculos	Utilizados nas tarefas onde há possibilidade de respingo de líquidos diversos e para limpeza de áreas acima do nível da cabeça, onde há possibilidade de projeção de poeira (teto, parede, janela, etc).	Ao final do procedimento lavar com água e detergente neutro; secar com pano limpi; fazer desinfecção com álcool 70%. Guardar em local limpo e arejado.
Avental Impermeável	Proteção do uniforme de tecido quando o procedimento envolver limpeza molhada.	Ao final do procedimento lavar com água e detergente neutro; colocar para secar no varal ou local arejado.
Luvas descartáveis	Proteção das mãos quando for manipular matéria orgânica. Exemplo fazer descontaminação (retirada da matéria orgânica da superfície) e desinfecção.	Desprezar após o uso.
Luvas de Borracha	Utilizadas para proteção dos pés e pernas durante as atividades de limpeza e recolhimento de resíduo. Devem ser de látex natural, com forro, superfície antiderrapante e de cano longo. São de uso individual.	Ao final do procedimento lavar com água e detergente a parte ; enxanguar; colocar para secar em local ventilado

Calçado de Segurança	Utilizadas para proteção dos pés durante as atividades de limpeza.	Realizar a limpeza semanal.
----------------------	--	-----------------------------

Quadro 2. Materiais e equipamentos para limpeza e higienização

Material	Indicação	Limpeza e Conservação
Baldes	Utilizados para acondicionamento de água e soluções. Devem ser de materiais que não corroam no decorrer do tempo ou que provoquem ruídos. Geralmente são estabelecidos duas cores: uma para água e outra para água e detergente neutro. Limpeza e conservação.	Lavar com água e detergente neutro: colocar virado para baixo para secar.
Borrifador de Desinfetante	Recepiente com um tubo adaptado à tampa, utilizado para borrifar água ou outras substâncias em superfícies.	Lavar com água e detergente neutro, secar, colocar virado para baixo para secar.
Carro Funcional	Conduz os materiais de limpeza aos ambientes onde a tarefa será realizada, facilitando o deslocamento do funcionário e materiais e auxilia na organização do ambiente.	Limpar diariamente com água e detergente neutro, retirar o sabão com pano úmido ; finalizar passando um pano com solução de Hipoclorito de Sódio 0,1% ou outro desinfetante disponível.
Conjunto Mops	Com estrutura semelhante á uma vassoura ou rodo: um cabo extenso e um acessório que efetivamente com cerdas da vassoura. Observação: Compõe técnica opcional de limpeza	Lavar com água e detergente neutro, secar. Centrifugar no próprio conjunto colocar para secar local arejado.
Desentupidor de vasos e pias	Deve ser constituído de material emborrachado com cabo de madeira, PVC e alumínio.	Lavar com água e detergente neutro: desinfetar por meio de imersão em Hipoclorito de sódio 0,1% por 30 minutos

		diariamente. Enxaguar. Colocar para secar pendurada pelo cabo.
Escadas	Utilizado para limpeza de teto, luminárias, paredes, janelas, portas, dentre outros. Deve ser antiderrapante e com degraus emborrachados.	Lavar com água e detergente neutro. Enxaguar; secar com pano de limpeza.
Escova de lavar manual	Usada para limpeza de superfícies com reentrâncias e lavagem de roupa e panos de limpeza.	Lavar com água e detergente neutro; enxaguar; desinfetar por meio de imersão em Hipoclorito de sódio 0,1% por 30 minutos, ao final do dia e sempre que necessário; enxaguar;
Espanja de aço	Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável.	Deve ser descartada em lixo comum logo após o uso.
Espanja sintética dupla face	Usada para limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço. Mas jamais em vasos sanitários ou outros locais que tenham risco de conter matéria orgânica.	Lavar com água e detergente neutro; desinfetar por meio de imersão em Hipoclorito de sódio 0,1 % por 30 minutos diariamente. Enxaguar; colocar para secar; acondicionar em recipiente aerado.
Fibra abrasiva verde	Limpeza de paredes e chão quando o local tiver manchas ou sujidades incrustadas.	Uso único. Desprezar após.
Pano de chão	Utilizado para varredura úmida e secar pisos. Deve ser de tecido forte, claro, embainhado ou aurelado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura.	Lavar com água e sabão; desinfetar por meio de imersão em hipoclorito de sódio 0,1 % por 30 minutos – 1 hora ; enxaguar; colocar para secar; jamais deixar de molho para outro período.

Pano de limpeza	Usado para remover sujidade ou para desinfecção. Deve ser de tecido macio, embainhado ou aureolado.	Jamais lavar em recipientes destinados a outro fim.
Pás de lixo	Usadas para recolher pequenas porções de lixo e pó. Devem ser de metal ou plástico, com cabos longos de madeira, PVC ou alumínio.	Lavar com água e detergente neutro; esfregar com esponjas; enxaguar; guardar penduradas pelo cabo.
Placa de sinalização	Para sinalizar “piso molhado”, ou outras informações	Limpar diariamente com água e detergente neutro, retirar o sabão com pano úmido.
Rodo	Utilizado para remoção de água, limpeza de piso com pano de chão e varredura úmida. Devem ser preferencialmente do tipo profissional com cabos longo de madeira, PVC ou alumínio.	Lavar com água e detergente neutro; enxaguar; colocar para secar pendurado pelo cabo.
Vassoura de palha	Utilizada para varredura seca em área externa	Lavar com água e detergente neutro; enxaguar; colocar para secar pendurada pelo cabo
Vassoura de nylon	Utilizada para lavar pisos e varredura em áreas externas.	Lavar com água e detergente neutro; enxaguar; colocar para secar pendurada pelo cabo
Escova ou vassoura de vaso sanitário	Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.	Lavar com detergente neutro; desinfetar por meio de imersão em hipoclorito de sódio 0,1% por 30 minutos; enxaguar; colocar para secar pendurada pelo cabo.
O quadro abaixo apresenta os principais produtos recomendados atualmente.		

Produto de limpeza/desinfecção	Indicação de uso	Modo de usar	Vantagens	Como obter o produto
Detergente desengraxante de uso geral	Limpeza para remoção de sujidade	Friccionar o sabão ou detergente sobre a superfície	Imprescindível para a limpeza geral, remoção de sujidade e gorduras	Uso concentrado ou diluído conforme fabricante
Álcool 70%	Desinfecção de nível intermediário	Fricção sobre a superfície	Não requer diluição; É muito eficaz; Bem aceito pelos profissionais; Ação rápida, não deixa resíduos ou manchas, não é corrossivo e é de baixo custo; Indicado para desinfetar pequenos equipamentos ou superfícies pequenas como mesa, mobiliário, maçanetas, etc.	Não requer diluição.
Compostos de desinfetante hospitalar com tensoativos (quartenário de amônio e biguanida ou quartenário de amônio e peróxido de hidrogênio)	Desinfecção de nível intermediário ou baixo nível (dependendo da diluição e fabricantes) para superfície	Fricção sobre a superfície ou artigo a ser desinfetado	Não é corrossivo, pode ser utilizado em qualquer superfície ou equipamento;	Dependendo do fabricante, pode vir pronto para uso ou requerer diluição.

	e artigos não críticos.		Por possuir sabões na fórmula, já realiza limpeza e desinfecção em único procedimento (quando livre de matéria orgânica); Possui efeito residual até 72 horas; Alguns produtos têm efeito desodorizante	
Hipoclorito de sódio 0,1%	Desinfecção de baixo nível em equipamentos e superfícies não metálicas e superfície com ou sem matéria orgânica.	Após a limpeza, imersão ou fricção.	Acessível Baixo custo	A partir da água sanitária doméstica (2,5%): 50 ml do produto (2 colheres ½ sopa ou 1 copinho de café cheio) em 1 litro de água.

4.2 Tipos de limpeza e Higienização

No quadro abaixo descritos os tipos de limpeza e higienização nos serviços.

Quadro 4. Tipos de Higienização e Limpeza

Tipos de Higienização		Definição
<p>Limpeza É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (pisos,paredes,teto,mobiliário e equipamentos). O processo deve se realizado com água, detergente e ação mecânica manual ou mecânica. Nem todo o processo de limpeza precisar ser finalizado com a desinfecção ou esterilização. Mas toda desinfecção e esterilização deve ser precedido de limpeza.</p>	<p>Limpeza concorrente</p>	<p>Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação, incluindo pisos, instalações sanitárias,superfícies horizontais de equipamento e mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de resíduos de serviços de saúde, de roupas e organização geral do ambiente. Na sala de procedimento, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada procedimento e sempre que necessário.</p> <p>Descontaminação: é a remoção de materias orgânicos de uma superfície, com auxílio de papel absorvente, seguido da aplicação uma solução desinfetante</p>

		hospitalar na área contaminada.
	Limpeza terminal	É a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grade de ar condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidade de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados.
Desinfecção: Processo capaz de destruir microrganismos em superfícies, com uso de produtos químicos denominados saneante/desinfetantes. Esse processo não limpa necessariamente superfícies sujas ou remove microrganismos.	Baixo nível	Utiliza de desinfetantes que têm atividade contra bactérias vegetativas, alguns tipos de vírus, mas não todos e nem destroem, esporos. Utilizados para materiais e superfícies que entram em contsto com a pele íntegra como termômetro, mesa, cadeira, etc. E desinfetantes

		domésticos, água sanitária 0,1%, desinfetantes hospitalares altamente diluídos.
--	--	---

A desinfecção de paredes e chão acontecerá apenas se houver orientação da CCIH do serviço/unidade ou em situações específicas, como caso de surtos de doenças epidemiológicas no setor.

4.3 Métodos e Equipamentos para limpeza e Higienização

4.3.1 Limpeza úmida: consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico.

4.3.2 Limpeza molhada: consiste na utilização de água abundante como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal.

4.3.3 Limpeza seca: consiste na remoção de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água. Pode ser feita com pano seco ou vassoura.

4.3.4 Limpeza com jatos de vapor de água: trata de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamentos de jatos de vapor d'água saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a limpeza terminal. Sua utilização será precedida de avaliação das vantagens e desvantagens, a ser realizada.

4.3.5 Higienização com desinfetante hospitalar com tensoativos: este método visa realizar a limpeza e desinfecção da superfície em um único procedimento. Isso é possível porque estes produtos possuem em sua fórmula detergente e desinfetante capaz tanto de fazer a remoção da sujidade como fazer a desinfecção de baixo nível em superfícies móveis ou fixas, fazendo assim uma grande economia de produtos e de horas trabalhadas.

4.3.6 Varredura úmida: tem objetivo de remover o pó e possíveis detritos soltos no chão, fazendo uso de pano úmido e rodo.

4.3.7 Varredura seca: quando se utiliza apenas a vassoura para remoção de sujidades e detritos. Lembrando que este método pode ser usado em áreas externas.

4.4 Técnicas para limpeza e Higienização

De modo geral, as técnicas descritas abaixo (técnica de dois baldes e técnica de limpeza com MOP) poderão ser utilizadas em situações ou necessidades relacionadas à limpeza diária, concorrente, assim como para limpeza terminal.

Por outro lado, as técnicas de higienização com desinfetante hospitalar com tensoativos e de limpeza com máquina de rotação (tipo polidoras/enceradeiras), específica para o piso, deverão fazer parte das situações ou necessidades relacionadas à limpeza diária, concorrente, como para limpeza terminal,mas possuem aplicações e métodos específicos, os quais encontram-se descritos neste documento.

4.4.1 Técnica de dois baldes

Envolve a limpeza com a utilização de panos de limpeza de piso e rodo. Facilita o trabalho do profissional de limpeza e desinfecção de superfícies, evitando idas e vindas para trocas de água e limpeza de pano no expurgo. Os seguintes passos são envolvidos nessa técnica de limpeza: varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.

4.4.1.1 Varredura úmida: tem o objetivo de remover o pó e possíveis detritos soltos no chão, fazendo uso de pano úmido e rodo ou MOP. Esses resíduos não podem ser levados até a porta de entrada, devendo ser recolhidos do ambiente com auxílio de pá. Deve-se iniciar a limpeza pelos cantos e de forma profissional e educada, para que quem esteja no local possa perceber e colaborar, liberando espaço. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.

4.4.1.2 Ensaboar: é a ação de fricção com sabão ou detergente sobre a superfície com a finalidade de remoção de toda sujidade. Nessa etapa, um dos baldes conterá água, e outro, sabão ou detergente.

4.4.1.3 Enxaguar e secar: tem a finalidade de remover o sabão ou detergente. Nessa etapa, os dois baldes conterão apenas água.

4.4.2 Etapas

Higienizar as mãos;

Colocar o material necessário no carro funcional;

Estacioná-lo no corredor, ao lado da porta de entrada do quarto/enfermaria/pronto socorro (nunca obstruir a passagem de transeuntes);

Cumprimentar o paciente e profissionais, se for o caso e explicar o que será feito;

Colocar EPI apropriados para a realização da limpeza. Preferencialmente, as luvas de quarto e banheiro devem ter cores distintas;

Recolher sacos contendo resíduos do local, fechá-los e depositá-los no saco "hamper" do carro funcional ou diretamente no carro de coleta interna;

Realizar a limpeza da unidade do paciente, incluindo as maçanetas das portas.

Atentar para as etapas: retirada de pó, ensaboar, enxaguar e secar;

Iniciar a limpeza do piso, mergulhando o pano de limpeza de piso limpo em um balde contendo apenas água, tocando suavemente e envolvendo no rodo;

Iniciar a varredura úmida pelos cantos (do fundo para a porta de entrada), com movimentos firmes e contínuos, a fim de remover as partículas maiores do piso (migalhas, papéis, cabelos e outros);

Recolher as partículas maiores do piso com a pá. Nunca direcionar os resíduos para o banheiro;

Enxaguar o pano em outro balde contendo apenas água limpa;

Mergulhar, o pano de limpeza de piso limpo em um balde contendo solução de água e sabão ou detergente, torcendo suavemente e envolvendo o rodo;

Repetir a operação quantas vezes forem necessárias. A água do balde também deve ser trocada sempre que houver necessidade;

Enxaguar o piso, mergulhando um pano limpo em balde contendo apenas água limpa e secar o piso. Repetir a operação quantas vezes for necessário;

Realizar a limpeza do banheiro (lavar paredes, vaso e pia com água, detergente/sabão). Repor produtos de higiene: papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido e outros;

Recolher o material utilizado no local, organizando o ambiente;

Encaminhar os panos utilizados na limpeza, preferencialmente, para o processamento na lavanderia ou lavá-los manualmente no expurgo. Desprezar a água do balde em local específico. Não utilizar lavatórios/ pias ou banheiro do paciente para esse fim;

Lavar e secar os recipientes para resíduos, repor os sacos e retorná-los ao local de origem;

Realizar check list dos procedimentos relativos à limpeza concorrente;

Avisar o paciente ou acompanhante ou profissional de saúde sobre o término da limpeza;

Se necessário, reabastecer carro funcional com os materiais necessários;

Recolher o material utilizado no local, organizando o ambiente.

4.4.3 Técnica de limpeza de piso com MOP

É a limpeza com uso de um equipamento ou utensílio de limpeza com estrutura semelhante à uma vassoura ou rodo: um cabo extenso e um acessório que efetivamente ajudará na higienização, como a borracha do rodo ou as cerdas da vassoura.

4.4.3.1 Etapas:

Higienizar as mãos;

Colocar o material necessário no carro funcional;

Estacioná-lo no corredor, ao lado da porta de entrada do quarto/ enfermaria/ unidade (nunca obstruir a passagem de transeuntes);

Cumprimentar o paciente e profissionais de saúde, se for o caso e explicar o que será feito;

Colocar os EPI apropriados para a realização da limpeza. Preferencialmente, as luvas de quarto e banheiro devem ter cores distintas;

Recolher os sacos contendo resíduos do local, fechá-los e depositá-los no saco “hamper” do carro funcional ou diretamente no carro de coleta interna;

Realizar a limpeza da unidade do paciente, incluindo as maçanetas das portas;

Atentar para as etapas: retirada de pó, ensaboar, enxaguar e secar;

Remover as partículas menores (migalhas, papéis, cabelo e outros) com o MOP.

Nunca direcionar os resíduos para o banheiro;

Recolher as partículas maiores do piso com a pá. Nunca direcionar os resíduos para o banheiro;

Mergulhar o MOP úmido (do conjunto MOP) em um dos baldes contendo solução de água e sabão ou detergente;

Retirar o MOP da solução, colocando sua cabeleira em base própria para torção;

Tracionar a alavanca com o objetivo de retirar o excesso de água do MOP sem contato manual;

Retirar o MOP da base de torção e iniciar a limpeza;

Iniciar a limpeza pelos cantos, do fundo para a porta de entrada, passando o MOP em movimento de “oito deitado” com movimentos firmes e contínuos. Enxaguar o MOP em um segundo balde (do sistema MOP) contendo água limpa para enxágue;

Repetir a operação quantas vezes forem necessárias. A água do balde deve ser trocada sempre que houver necessidades;

Recolher o material utilizado no local, organizando o ambiente;

Realizar o material utilizado no local, organizando o ambiente;

Realizar a limpeza do banheiro, lavar com água e sabão/detergente, paredes, vaso sanitário, pia e chão;

Repor produtos de higiene: papel toalha, sabonete líquido e outros;

Recolher material utilizado no local, organizando o ambiente;

Encaminhar os panos utilizados na limpeza preferencialmente para processamento na lavanderia ou lavá-los manualmente no expurgo. Desprezar a água do balde em local específico. Nunca utilizar lavatórios/pias ou banheiros do paciente para esse fim;

Lavar os recipientes para resíduos, repor os sacos e retorná-los ao local de origem;

Avisar paciente ou acompanhante sobre o término da limpeza;

Se necessário, reabastecer carro funcional com os materiais necessários.

4.4.4 Técnica para higienização de Superfícies com o uso de desinfetante hospitalar com tensoativos:

É a limpeza utilizando panos, rodos (se parede, teto e chão) e um tipo específico de desinfetante hospitalar que possui em sua fórmula o detergente (tensoativos) e o desinfetante. Essa técnica, bastante simples, mas imprescindível, possibilita que seja realizado a limpeza e desinfecção da superfície em um único procedimento, as vezes num único movimento.

4.4.4.1 Etapas:

Calçar luvas descartáveis;

Abrir o pano, dobrando-o em 2 ou 4;

Borrifar o produto em cada face do pano, deixando-o levemente úmido;

Limpar toda a superfície com pano umedecido, dobrando-o para utilizar todas as dobras limpas;

Limpar em faixas paralelas, com movimentos ritmados, longos e retos;

Repetir a operação quantas vezes forem necessárias para promover a limpeza.

4.4.5 Limpeza do piso com máquinas de alta rotação: faz-se por meio de enceradeiras, também chamadas polidoras, dotadas de escova, suporte para discos e discos de diversas cores, cada qual com uma finalidade, desde lavar o piso até lustrar. Para essa sistema, há necessidade da remoção da sujeira com sabão ou detergente com rodo, e os repetidos enxágues com água limpa, empregando-se, também, pano de limpeza de piso e rodo ou MOPs úmidos.

Deve-se isolar a área a ser tratada e utilizar sapatos ou botinas impermeáveis durante o processo, pois podem ocorrer acidentes devido à viscosidade do removedor. Durante todo o processo, havendo necessidade de pisar na superfície que está sendo tratada, não haverá problema, exceto durante a impermeabilização, e o ambiente deverá ficar isolado, para que não ocorram manchas. Reforça-se que deve-se utilizar adequadamente os EPIs durante todo o processo, visto que os produtos são corrosivos

5 Descrição dos Processos de limpeza e higienização

Limpeza Imediata

Equipamentos: carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, esfregões, produtos de limpeza, EPIs;

Método: limpeza úmida para todas superfícies, utilizando baldes de cores diferente para solução detergente e para água limpa; limpeza molhada para banheiro; e desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Balde de duas cores ou limpeza com MOP (se for superfície);
Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja, e;
Utilizar movimento único de limpeza.

Etapas

Higienizar as mãos;
Colocar as luvas de autoproteção (látex);
Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;
Aplicar o desinfetante hospitalar e deixar o tempo necessário – 10 min;
Remover o desinfetante com pano molhado.
Proceder a limpeza com água e sabão (conforme técnica dos dois baldes) ou com desinfetante hospitalar (técnica para higienização de superfícies com o uso de desinfetante hospitalar com tensoativos).

5.2 Limpeza Concorrente para superfícies

Equipamentos: carrinho de serviços completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, esfregões, produtos de limpeza, EPIs, produtos de reposição e outros necessários.

Método

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes para solução detergente e para água limpa;
- Limpeza molhada para banheiro, e;
- Desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica

Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja; e
Utilizar movimento único limpeza.

5.2.4 Etapas

Higienizar as mãos;
Reunir todo o material necessário em carrinho de limpeza e colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
Colocar os EPIs necessários para a realização da limpeza;
Efetuar, quando necessário, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente, depositá-los no saco hamper do carrinho de limpeza e efetuar a troca de luvas;
Realizar a remoção de migalhas, papéis, cabelos e outros;

Iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder com o enxágue e secagem e ainda, sempre que necessário, realizar fricção desinfetante hospitalar;

Proceder a limpeza de porta, visor e maçaneta com solução detergente e em seguida enxaguar e secar;

Proceder a limpeza molhada do piso com solução detergente, bem como posteriormente enxugá-lo e secá-lo adequadamente;

Realizar a limpeza do banheiro, iniciando pela pia, box, vaso sanitário e, por fim, piso. A limpeza deve compreender também o adequado enxágue e secagem de todo ambiente e seus componentes;

Despejar o conteúdo dos baldes no local indicado pelo contratante, procedendo à higienização dos mesmos;

Proceder à limpeza do recipiente de lixo com solução detergente, em local específico;

Retirar as luvas e lavar as mãos;

Repor os sacos de lixo; e

Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

5.3 Limpeza Concorrente de banheiros

Equipamentos: esponja abrasiva verde ou esponja de aço, esponja dupla face, panos de limpeza, pano de chão, rodo, borrifafor com solução desinfetante.

Métodos: limpeza molhada.

5.3.3.1 Acessórios

Parte externa e interna e interna do gabinete da pia e pia: limpar com pano de limpeza ou esponja branca (parte amarela dupla face) embebido em detergente;

Pia e torneira: esponja de dupla face, parte amarela;

Espelho: utilizar um pano limpo levemente umedecido, não deixar resíduos de sabão e proceder a sua secagem com papel toalha a fim de evitar manchas;

Vaso sanitário: 1º tampa e assento; 2º parte externa; 3º vaso sanitário parte interna. Tampa, assento e parte externa do vaso sanitário: fibra ou esponja dupla face para limpeza e pano de limpeza manual para secagem, - Parte interna do vaso sanitário: fricção com escova própria solução detergente ou desinfetante e posterior descarga (aproveitando para enxaguar a escova).

Piso: limpar com nylon ou fibra própria para piso (mais abrasiva).

Finalizar o processo com a desinfecção de acessórios, torneiras, maçaneta, assento e vaso sanitário, utilizando pano de limpeza embebido em solução desinfetante.

Fazer a reposição dos materiais de consumo.

Obs: deve-se adotar cores diferentes de fibras ou esponjas duplas face para diferentes superfícies, por exemplo, vaso sanitário e pia devem ser lavados por fibras ou esponjas distintas.

5.4 Limpeza Terminal

Equipamentos: carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, esfregões, produtos de limpeza, produto de desinfecção, EPIs, produtos de reposição e outros necessários.

Método

Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferente para solução detergente e para água limpa;

Limpeza molhada para banheiro;

Desinfecção , desinfetante hospitalar com tensoativos.

Técnica

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja;
- Utilizar movimento único de limpeza;
- Higienização com desinfetante hospitalar com tensoativos.

5.4.4 Etapas

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material necessário em carrinho de limpeza e colocar o carrinho ao lado da porta de entrada do ambiente, sempre do lado de fora;
- Colocar os EPIs necessários para a realização da limpeza;
- Efetuar, quando necessário, a descontaminação e desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. A devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
- Recolher os sacos de lixo do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco hamper do carrinho de limpeza;
- Iniciar a limpeza interna e externa do mobiliário da unidade com solução detergente para remoção da sujidade; proceder com o enxágue e secagem e ainda, ao final, friccionar com álcool 70%;
- Executar a limpeza de teto, luminárias, janelas, paredes/divisórias, portas visores, maçanetas, interruptores e outras superfícies;
- Proceder a lavagem do piso com detergente , vassoura nylon ou fibra própria para piso (mais abrasiva), devendo posteriormente ainda enxaguá-lo e secá-lo adequadamente;
- Realizar a lavagem do banheiro e a limpeza de teto, paredes, pia (inclusive torneiras), vaso sanitário (inclusive válvula ou caixa acoplada de descarga)e, por fim, piso. Após a lavagem e/ou limpeza, deve-se proceder com o adequado enxágue e secagem de todo ambiente e seus componentes;
- Despejar o conteúdo dos baldes no local indicado pelo contratante, procedendo à limpeza dos mesmos com água e sabão;
- Proceder à limpeza do recipiente de lixo com solução detergente e em local específico;
- Finalizar com desinfecção, utilizando pano de limpeza embebido em solução desinfetante;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Repor os sacos de lixo nos respectivos recipientes limpos;
- Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).

5.5 Limpeza Terminal com desinfetante hospitalar com tensoativos

Nesse tipo de limpeza, considerando que o desinfetante hospitalar recomendado já possui detergente e desinfetante em sua fórmula, a etapa de limpeza com detergente líquido é dispensável.

Equipamentos: borrifador com solução de desinfetante hospitalar com tensoativos, recomendado pelo contratante, panos de desinfecção, rodos.

Método: higienização de superfícies com uso de desinfetante hospitalar com tensoativos.

Etapas

Calçar luva descartável;

Abrir o pano, dobrando-o em 2 ou 4;

- Borrifar a solução de desinfetante hospitalar em cada face do pano, deixando-o levemente úmido;

- Limpar toda a superfície com pano umedecido, dobrando-o para utilizar todas as dobras limpas;

Limpar em faixas paralelas, com movimentos timados, longos e retos;

Repetir a operação quantas vezes necessárias para promover a limpeza.

5.6 Limpeza terminal de banheiros

Equipamentos: esponja abrasiva verde ou esponja de aço, ou face abrasiva da esponha dupla face, vassoura de nylon, panos de limpeza, pano de chão, rodo, borrifador com solução desinfetante.

Métodos: limpeza molhada.

Etapas: vide 5.2.4.

5.6.3.1 Paredes: limpar com esponja abrasiva (verde, de aço ou face verde da dupla face) de **Referência** adaptado a um cabo, em sentido longitudinal, em cima para baixo. Se as paredes estiverem livres de mofos ou sujidades a esponja pode ser substituída por pano de limpeza.

Acessórios

Parte externa e interna do gabinete da pia: limpar com pano de limpeza ou esponja branca (parte amarela dupla face) embebido em detergente.

Pia e torneira: fibra branca ou esponja de dupla face.

Espelho: deve-se evitar que se jogue água no espelho, pois poderá danificá-lo em curto espaço de tempo. Uma alternativa seria utilizar limpa vidros ou utilizar um pano limpo levemente umedecido, não deixar resíduos de sabão e proceder a sua secagem com papel toalha a fim de evitar manchas.

Vaso sanitário: 1º tampa do assento; 2º parte externa; 3º vaso sanitário parte interna.

Tampa, assento e parte externa do vaso sanitário: fibra ou esponja dupla face para limpeza e pano de limpeza manual para secagem, parte interna do vaso sanitário: fricção com escova própria solução detergente ou desinfetante e posterior descarga (aproveitando para enxaguar a escova).

Piso: limpar com fibra própria para piso (mais abrasiva).

Observação: a finalização da limpeza dos banheiros acessórios se dá com o enxágue e secagem com pano de limpeza manual, exceto é claro que parte interna do vaso.

5.7 Desinfecção de superfície com pequena e grande quantidade de matéria orgânica

Equipamentos: 3 panos limpos, luvas de proteção, balde com duas cores, sabão líquido.

Método: limpeza úmida, desinfecção, limpeza molhada para banheiro, ou desinfecção na presença de matéria orgânica.

Técnica: iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja, e utilizar movimento único de limpeza. Técnica dois baldes.

Etapas

Higienizar as mãos;

Colocar as luvas;

Remover a matéria orgânica com papel toalha ou pano, aplicar com um borrifador a solução desinfetante e aguardar 10 minutos.

Se piso ou paredes

Utilizando a técnica de dois baldes, com o auxílio do rodo ou MOP, proceder a limpeza com detergente na superfície contaminada;

Enxaguar e secar;

Após a limpeza, aplicar i desinfetante hospitalar na área que foi retirada a matéria orgânica, se necessário, realizar enxágue e secagem.

Se mobiliário

Realizar limpeza com sabão ou detergente na superfície a ser desinfetada, com o auxílio de panos de mobília.

Após limpeza do mobiliário, realizar a fricção com álcool a 70% ou outro desinfetante hospitalar;

Lavar os panos com água e sabão;

Lavar as luvas utilizadas com água e sabão em seguida secá-las;

Fazer higienização das mãos.

5.8 Periodicidade e Frequência de limpeza de superfícies nas áreas do serviço de saúde

Limpeza imediata: sempre que houver sujidade aparente e/ou matéria orgânica exemplo: lixo no chão, vômitos, barro etc.

Limpeza concorrente: vide quadro a seguir.

Limpeza terminal: vide quadro a seguir.

Quadro 5. Frequência mínima da limpeza por área

Limpeza Concorrente	
Classificação das áreas	Frequência Mínima
Críticas	3x por dia e sempre que necessário

Semi críticas	2x por dia e sempre que necessário
Não críticas	1x por dia e sempre que necessário
Áreas comuns	1x por dia e sempre que necessário
* Obs: “Sempre que necessário” se refere a situações que envolve uma sujidade aparente no local que pode requerer uma limpeza imediata.	

Quadro 6. Frequência mínima da limpeza terminal

Limpeza terminal Programada	
Classificação das áreas	Frequência mínima
Críticas	Semanal e sempre que necessário
Semi críticas	Quinzenal e sempre que necessário
Não críticas	Mensal e sempre que necessário
Áreas comuns	Mensal e sempre que necessário
*Obs: “sempre que necessário” se refere a situações que envolve surtos de doenças infectas contagiosas.	

Periodicidade e frequência de limpeza das unidades de assistência à saúde

Quadro 7. Periodicidade e frequência de limpeza do ambiente hospitalar.

Ambiente/superfície		Frequência	
		Limpeza concorrente	Limpeza terminal
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	Quando necessário
Cadeiras de rodas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal
Balcão, bancadas, mesas ,cadeiras		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Quinzenal e sempre que necessário
Luminárias e similares		-	Quinzenal e sempre que necessário
Paredes/divisórias, teto e portas/visores		-	Quinzenal e sempre que necessário
Ar condicionado		----	Realizar limpeza externa do ar condicionado, abrir a tampa frontal e remover o filtro, efetuar a lavagem do filtro com água e sabão, após recolocar o filtro no equipamento. Semanal
Pisos em geral		1 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Consultórios e triagem; inalação		1 vez por período e sempre que necessário	Semanal

Salas de procedimentos especiais: curativo; pequenos procedimentos; sala de sutura, Pronto Socorro; Coleta de swab de COVID		1 vez por período e sempre que necessário	Ao final do expediente do serviço
Banheiro de paciente sem área de banho: piso, vaso sanitário, pias, torneiras, toalheiros, porta papel higiênico		1 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Banheiro de paciente com área de banho: piso, vaso sanitário, pias, torneiras, toalheiros, porta papel higiênico		2 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Banheiros de funcionários (pisos, vaso sanitário, pias, torneiras, toalheiros, porta papel higiênico)		1 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Saboteiras e dispensadores	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	
Toalheiro	Face externa	2 vezes ao dia e sempre que necessário	Sempre que acabar o papel
	Face interna	-	

**** A limpeza concorrente em banheiros deve ser sempre do tipo molhada utilizando-se de água abundante, detergente líquido e finalizando com a desinfecção de baixo nível com produto desinfetante.**

Quadro 8. Periodicidade e frequência de limpeza Pronto Socorro

Ambiente / Superfície		Frequência	
		Limpeza concorrente*	Limpeza terminal
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	.	Mensal e sempre que necessário
Balcão e bancadas		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Mobiliários sem pacientes		-	Na saída do paciente e sempre que necessário
Luminárias e similares		-	Semanal e sempre que necessário
Paredes/divisórias, teto e portas/visores		-	Semanal e sempre que necessário
Ar condicionado		-	Realizar limpeza externa do ar condicionado, abrir a tampa frontal e remover o filtro, efetuar a lavagem do filtro com água e sabão, após recolocar o filtro no equipamento. Semanal
Pisos em geral		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Saboneteiras e dispensadores	Face externa	3 vezes ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	Sempre que acabar o sabão
Toalheiro	Face externa	3 vezes ao dia e sempre e que necessário	-
	Face interna	-	Sempre que acabar o papel
Salas de medicação, observação		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal
Salas de eletro		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal

PA (sutura, procedimentos, PCR, intercorrências)	Sempre que necessário	Semanal
--	-----------------------	---------

Quadro 9. Periodicidade e frequência de limpeza na Central de Material e Farmácia

Ambiente/superfície		Frequência	
		Limpeza concorrente	Limpeza terminal
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	Quando necessário
Balcão, bancadas, mesas ,cadeiras		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Quinzenal e sempre que necessário
Luminárias e similares		-	Quinzenal e sempre que necessário
Paredes/divisórias, teto e portas/visores		-	Quinzenal e sempre que necessário
Ar condicionado		----	Realizar limpeza externa do ar condicionado, abrir a tampa frontal e remover o filtro, efetuar a lavagem do filtro com água e sabão, após recolocar o filtro no equipamento. Semanal
Pisos em geral		1 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Lavatório		2 vez por período e sempre que necessário	Semanal
Saboteiras e dispensadores	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	
Toalheiro	Face externa	2 vezes ao dia e sempre que necessário	Sempre que acabar o papel
	Face interna	-	

Quadro 10. Periodicidade e frequência de limpeza na Lavanderia

Ambiente/superfície		Frequência	
		Limpeza concorrente	Limpeza terminal
Armários, Máquinas e equipamentos	Face externa	3 vez ao dia e sempre que necessário	-
	Face interna	-	Semanal e sempre que necessário
Balcão e bancada		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal e sempre que necessário
Luminárias e similares		-	Semanal e sempre que necessário
Paredes/divisórias, teto e portas/visores		-	Semanal e sempre que necessário
Pisos em geral		3 vezes ao dia	Semanal

Atividades, Rotinas e Procedimentos de limpeza , por frequência, por áreas.

Quadro 11. Frequência de Atividades de limpeza na área interna

Frequência	Salas assistenciais	Áreas internas com espaços livres
	Etapas e atividades	Etapas e atividades
Diária	<p>Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado;</p> <p>Remover o pó de mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, peitoris e caixilhos das janelas, incluindo os demais móveis existentes, aparelhos elétricos, extintores de incêndio;</p> <p>Limpar telefones com produto adequado;</p> <p>Limpar a parte externa dos equipamentos com produto adequado;</p> <p>Remover os resíduos existentes, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para o local indicado;</p> <p>Limpar os pisos com pano úmido;</p>	<p>Manter os cestos isentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado;</p> <p>Remover o pó dos peitoris e caixilhos das janelas, incluindo bancos, cadeiras e demais móveis existentes, telefones, extintores de incêndio;</p> <p>Remover os resíduos, acondicionando-os apropriadamente retirando-os para local indicado;</p>
Semanal	<p>Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;</p> <p>Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;</p> <p>Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas ;</p> <p>Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras;</p> <p>Remover o filtro do ar condicionado e efetuar a limpeza;</p> <p>Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral.</p>	<p>Limpar portas/visores, barras e batentes;</p> <p>Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas;</p> <p>Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras;</p> <p>Limpar telefones;</p> <p>Retirar pó e resíduos dos quadros em geral.</p>
Quinzenal	<p>Realizar limpeza externa do ar condicionado, abrir a tampa frontal e remover o filtro, efetuar a lavagem do filtro com água e sabão, após reinstalar o filtro no equipamento</p>	-----
Mensal	<p>Limpar e remover manchas de forros, paredes/divisórias e rodapés;</p> <p>Remover o pó de cortinas e persianas com equipamentos e acessórios adequados.</p>	<p>Limpar e remover manchas de forros, paredes/divisórias e rodapés;</p> <p>Remover o pó de cortinas e persianas com equipamentos e acessórios adequados;</p> <p>Limpar todas as luminárias por dentro e por fora;</p> <p>Limpar persianas com produtos equipamentos e acessórios adequados.</p>
Trimestral	<p>Limpar todas as iluminárias por dentro e por fora;</p> <p>Limpar persianas com produtos , equipamentos e acessórios adequados.</p>	<p>Limpar todas as luminárias por dentro e por fora;</p> <p>Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados.</p>

Quadro 12. Frequência de Atividades de limpeza na Área externa

Frequência	Etapas e atividades
Diária	Manter os cestos insentos de resíduos, acondicionando-os em local indicado; Limpar e remover o pó; Remover resíduos, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado; Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, observando a legislação ambiental e de medicina e segurança do trabalho, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado.
Semanal	Lavar os pisos e calçadas .
Mensal	Limpar e polir todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões, fechaduras.

Referência

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2012.

TORRES, S., LISBOA, T. C. Gestão dos serviços de higiene, e lavanderia em estabelecimentos de saúde. 3ª ed. São Paulo: Savier, 2008.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA LIMPEZA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – OUT/21.

Designados Portaria n. 129/2019, da Comissão de Limpeza e Esterilização Ambulatorial e Hospitalar. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA LIMPEZA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – OUT/21, cidade de Londrina.