



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO-POP's

Versão 1.0

MACAPÁ-AP
2024



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR**



Sumário

1. Higienização das mãos.....	POP n°01
2. Identificação do Paciente.....	POP n°02
3. Aferição de glicemia capilar.....	POP n°03
4. Gasometria arterial.....	POP n°04
5. Administração de oxigênio por cateter nasal/máscara facial.....	POP n°05
6. Administração de medicamento por via subcutânea.....	POP n°06
7. Administração de medicamento via intramuscular.....	POP n°07
8. Administração de medicamentos por via inalatória.....	POP n°08
9. Administração de medicamentos por via oral.....	POP n°09
10. Administração de medicamento por via ocular.....	POP n°10
11. Administração de medicamentos por via intradérmica.....	POP n°11
12. Administração de medicamentos por sonda gastroenteral.....	POP n°12
13. Administração de hemocomponentes.....	POP n°13
14. Cateterismo nasogástrico e orogástrico.....	POP n°14
15. Cateterismo nasoenteral.....	POP n°15
16. Cateterismo vesical de alívio.....	POP n°16
17. Cateterismo vesical de demora.....	POP n°17
18. Nutrição parenteral total.....	POP n°18
19. Punção venosa.....	POP n°19
20. Aspiração de vias aéreas.....	POP n°20
21. Banho no leito.....	POP n°21
22. Higiene oral.....	POP n°22
23. Curativo de acesso central.....	POP n°23
24. Curativo de traqueostomia.....	POP n°24
25. Curativo de gastrostomia.....	POP n°25
26. Curativo de ferida de incisão cirúrgica limpa e seca.....	POP n°26
27. Curativo de dreno torácico.....	POP n°27
28. Troca do selo d'água do dreno torácico.....	POP n°28
29. Reanimação cardiopulmonar.....	POP n°29
30. Conferência do carro de emergência.....	POP n°30
31. Preparo do corpo pós-morte.....	POP n°31



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 001/ HCA Nº PÁGINAS: 05
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de higienização das mãos no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Equipe multiprofissional.

3. MATERIAIS:

- Lavatórios ou lavabos cirúrgicos;
- Sabonete (líquido);
- Agentes antissépticos;
- Álcool gel;
- Escova cirúrgica com antisséptico ou seca;
- Papel toalha;
- Toalha ou compressa estéril;
- Lixeira para descarte do papel.

4. PROCEDIMENTOS:

- **Higienização das mãos simples-com água e sabonete líquido, duração 40 a 60 segundos:**

4.1. Abrir a torneira e ajustar a água para um volume adequado;

4.2. Manter as mãos numa altura mais baixa que os cotovelos, molhar com cuidado as mãos, evitando encostar-se na pia;

4.3. Aplicar o sabão líquido na palma da mão em quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;

4.4. Ensaboar as mãos, dedos e unhas separadamente, seguindo as orientações de friccionar primeiro as palmas das mãos uma contra a outra;

4.5. Após lave o dorso de cada mão no sentido do proximal para o distal, incluindo os espaços interdigitais;

4.6. Siga posicionando as mãos em concha e acomodando uma entre a outra de forma a friccionar bem as junções das falanges proximais contra a palma da mão contrária e vice e versa;

4.7. Junte as pontas dos dedos de uma das mãos e passe a friccioná-los em movimentos circulares todos os espaços interdigitais e sulcos da mão contrária, proceda da mesma forma com a outra mão;

4.8. Por último friccione os punhos em movimentos rotatórios uniformes. Estes movimentos devem ser realizados de 5 a 10 vezes cada um deles, em ambas as mãos;

4.9. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;

4.10. Enxaguar as mãos retirando os resíduos de modo que a água corra no sentido dos dedos para os punhos, sem esfregar ou sacudir a mesma;

4.11. Seque as mãos separadamente, começando pela palma de uma das mãos, dorso da mão e por último punho;

4.12. Após a secagem de uma das mãos utilize a mesma toalha de papel para fechar a torneira e em seguida despreze a toalha de papel no lixo comum, proceda então a secagem da outra mão com uma nova toalha de papel seguindo a mesma ordem citada acima, desprezando a toalha usada.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



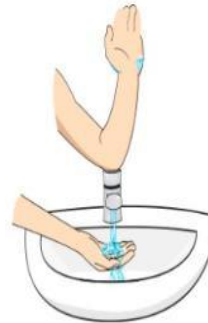
7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Fricção as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

- **Higienização das mãos com preparação alcoólica -fricção com antisséptica das mãos, duração 20 a 30 segundos:**

- 4.13. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;
- 4.14. Friccione as palmas das mãos entre si;
- 4.15. Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 4.16. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- 4.17. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- 4.18. Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- 4.19. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- 4.20. Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Como fazer a fricção anti-séptica das mãos com preparações alcoólicas

Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1 Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



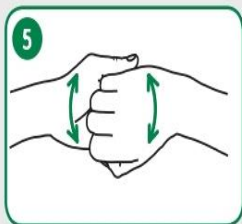
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



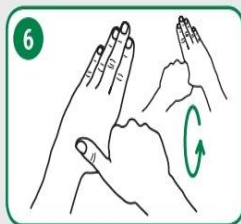
3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



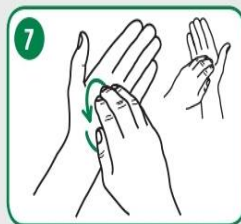
4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



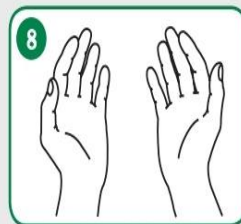
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Fonte: A.C.Camargo.

- **Antissepsia ou preparo pré-operatório das mãos, duração de 3 a 5 minutos:**

4.21. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraço e cotovelo;

4.22. Recolher, com a mão em concha o antisséptico espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra pele e espalhe por todas as partes;

4.23. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova;

4.24. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais, mantendo as mãos acima do cotovelo;

4.25. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto;

4.26. Fechar a torneira com o cotovelo, joelhos ou pés, se a torneira não possuir foto sensor;

4.27. Secar as mãos com toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo;

4.28. Desprezar o papel toalha no lixo comum.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Anti-sepsia ou Preparo Pré-Operatório das Mãos



1. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.



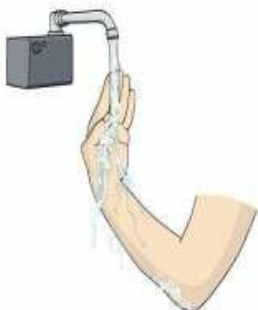
3. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.



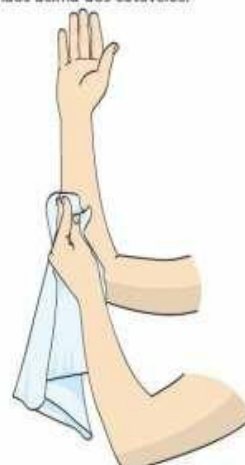
2. Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.



4. Friccionar as mãos, observando dedos, espaços interdigitais e antebraços por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.



5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.



6. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

Fonte: Anvisa GOV

5. OBSERVAÇÕES:

5.1. Realizar a higienização das mãos com sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou em contato com sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro, quando a exposição a potenciais

patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada e em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

5.2. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.

5.3. Realizar a ficção antisséptica das mãos com preparação alcoólicas antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.

5.4. Higienização antisséptica das mãos (antisséptico degermante e água) deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.5. Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos deve ter duração de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes (sempre seguir o tempo de duração recomendado pelo fabricante).

5.6. O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos.

5.7. Manter as unhas naturais, limpas e curtas.

5.8. Não utilizar unhas artificiais.

5.9. Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras e anéis, etc. Todos os adornos das mãos e antebraços, devem ser removidos antes do procedimento.

5.10. As escovas utilizadas no preparo cirúrgico das mãos devem ser de cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com antissépticos.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. POP: **Higienização das Mãos** – Núcleo de Segurança do paciente – Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. 18p.

6.2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

6.3. Hospital da Criança e do Adolescente. **Protocolo de Higienização das mãos**. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH. 2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 002/HCA
		Nº PÁGINAS: 02
TÍTULO DO DOCUMENTO	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

- 1.1.** Padronizar o processo de identificação do paciente de forma correta e contínua a fim de prevenir a ocorrência de incidentes no Hospital da Criança e do Adolescente (HCA);
- 1.2.** Garantir que todos os procedimentos sejam realizados após a checagem da pulseira de identificação do paciente e placa de identificação do leito, como: administração de medicamentos; realização de exames; entre outros.

2. RESPONSÁVEIS:

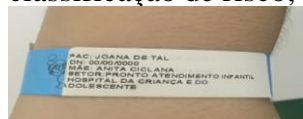
- 2.1.** Equipe de recepção do Pronto Atendimento Infantil (PAI), Equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR), técnicos de enfermagem, enfermeiros e equipe multiprofissional.

3. MATERIAIS:

- Pulseiras de identificação de Classificação de Risco e pulseira de cor branca;
- Etiquetadora rotuladora, na ausência realizar registro manual com uso caneta esferográfica;
- Pincel marcador para quadro branco de ponta fina;
- Placa de identificação beira leito.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1.** Na entrada do menor ao Pronto Atendimento Infantil, o funcionário da recepção realiza o cadastro do menor ao sistema, gera ficha de atendimento e etiqueta de identificação (utilizar a etiquetadora rotuladora), e confere corretamente os dados de identificação do menor e do responsável;
- 4.2.** É necessário conter os seguintes dados de identificação na pulseira: nome do paciente, data de nascimento, nome da mãe, setor (Pronto Atendimento Infantil-PAI) e Hospital da Criança e do Adolescente;
- 4.3.** Na ausência de registro civil de nascimento, identificar como: filho(a) de (nome da mãe), data de nascimento do menor, (utilizar etiqueta rotuladora ou caneta para identificação);
- 4.4.** O enfermeiro do acolhimento posiciona a etiqueta de identificação do paciente na pulseira de classificação de risco, em seguida, irá colocar preferencialmente, no braço direito do menor;



Exemplo da etiqueta de identificação na pulseira de classificação de risco.

- 4.5.** O paciente em observação e/ou internado deverá ter seu leito identificado por meio de numeração e placa beira-leito, afixada acima do leito, (utilizar pincel marcador para quadro branco) o enfermeiro deverá colocar os mesmos identificadores da pulseira, acrescida de informações sobre dispositivos e gerenciadores de riscos: flebite, broncoaspiração, queda e alergias;



Placa de Identificação – Beira leito HCA/PAI.

- 4.6.** Em casos de internação no Hospital da Criança e do Adolescente - HCA, a equipe do NIR entregará ao enfermeiro responsável pelo menor a pulseira na cor branca, com etiqueta devidamente preenchida

com as informações: nome do paciente, data de nascimento, nome da mãe e Hospital da Criança e do Adolescente.



Pulseira na cor branca, material sintético de alta desidade.
Fonte: tecnomidia.

4.7. O profissional de enfermagem do setor de internação retira a pulseira de identificação de classificação de risco e coloca pulseira de identificação de cor branca;

4.8. Os pacientes externos regulados para os leitos de retaguarda ou para procedimentos cirúrgicos, serão identificados com a pulseira de identificação na cor branca que será entregue pelo NIR.

5. OBSERVAÇÕES:

5.1. Manter a pulseira do paciente limpa, com as devidas identificações, realizando a troca por uma nova pulseira de identificação, sempre que houver necessidade.

5.2. Em casos de retorno médico, retorno ao SAVVI, atendimento ambulatorial para realização de exames será utilizada a pulseira branca para identificação.

5.3. Casos especiais: menor que não poderá utilizar as pulseiras de identificação em braço direito ou em qualquer um dos membros (grandes queimados, mutilados, politraumatizados, anasarcados, alergias a alguma composição da confecção da pulseira) serão identificados somente pela placa de identificação da cabeceira do leito.

5.4. O menor e seu responsável devem ser orientados pelas equipes multiprofissionais, sobre a importância do uso da pulseira durante a sua internação hospitalar. Caso o profissional assistencial identifique a ausência da pulseira, por motivo de perda acidental, ou se o menor retirar a pulseira, comunicar imediatamente ao serviço de enfermagem do setor onde estiver internado, para que seja providenciado outra pulseira de identificação.

5.5. O profissional de enfermagem responsável pelo recebimento do paciente no setor de internação deverá conferir os dados de identificação do paciente na pulseira de identificação, confirmando-os junto ao paciente e seu responsável e o prontuário. Caso seja encontrada divergência nos dados de identificação, ou a falta destes, o profissional de enfermagem deverá comunicar imediatamente ao profissional do NIR e solicitar nova pulseira, para substituição.

5.6. Observar se a impressão ou registro na pulseira de identificação e na placa de identificação encontra-se legível.

5.7. Todos os pacientes internados e/ou em observação no HCA, devem ser identificados corretamente, com dupla identificação através de pulseira e placa de identificação no leito, no momento da admissão no serviço, e devem permanecer durante o período da internação hospitalar.

5.8. A retirada da pulseira de identificação ocorrerá no momento da alta do paciente, sendo descartada em lixeiro comum. Não podendo ser reutilizada. Não utilizar lâminas de bisturi na retirada da pulseira.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. Brasil. Ministério Da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Anexo 2: **Protocolo de Identificação do Paciente.**

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

REVISÃO:

Segurança do paciente:

Enfermeira: Silvera Moraes Firmino.

Enfermeira: Silvana Rodrigues da Silva.

Enfermeira: Katia Cilene Ramos.

Enfermeira: Lara de Nazaré Teles do Nascimento.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cláudia de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 003/ HCA N° PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento quanto a técnica de aferição de glicemia capilar no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Monitor de glicemia/glicosímetro;
- Tiras reagentes para glicose específicas ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas para punção digital ou agulha 13x4,5;
- Algodão ou gaze;
- Álcool a 70%;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do menor;
- 4.3. Verificar funcionalidade do glicosímetro;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Identificar-se para o menor e conferir o nome completo do mesmo, que consta na prescrição e na pulseira de identificação;
- 4.6. Explicar ao menor e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- 4.7. Posicionar o menor confortavelmente;
- 4.8. Ligar o aparelho introduzindo cuidadosamente a tira teste na guia, na direção da seta até perceber que a tira-teste se encaixou;
- 4.9. Segurar a lanceta sem tampar e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar, se utilizar agulha 13x4,5 ativar a trava de segurança da mesma;
- 4.10. Fazer assepsia da região selecionada com algodão umedecido em álcool 70% e deixar secar;
- 4.11. Colocar a lanceta em local seguro sobre a bandeja para evitar acidentes;
- 4.12. Instilar a gota de sangue no local indicado na fita, sem encostar no aparelho, até preencher toda a fita;
- 4.13. Aguardar o aparelho fazer a leitura;
- 4.14. Pressionar o local da punção com algodão seco até hemostasia;
- 4.15. Recolher o material e descartar a lanceta ou agulha 13x4,5 em caixa de perfurocortante;
- 4.16. Higienizar o glicosímetro com algodão levemente umedecido com álcool a 70% e guardar em local adequado;
- 4.17. Higienizar a bandeja com álcool a 70%;

4.18. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;

4.19. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;

4.20. Checar e registrar o horário e o valor na anotação de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

5.1. Na falta da lanceta, deverá ser utilizada agulha 13x4,5 mm com trava de segurança.

5.2. O principal local de perfuração em pacientes é na região lateral da polpa digital dos membros superiores. E em crianças também poderá ser realizado no calcâneo.

5.3. Para crianças e adolescentes, os objetivos glicêmicos em jejum ou pré-prandial são: 65mg/dl a 100 mg/dL. Em caso de alterações, comunicar o enfermeiro/médico imediatamente.

5.4. Quando o aparelho sinalizar “HI” significa que o resultado está muito elevado.

5.5. Quando houver o registro de “LOW” o resultado está muito baixo.

5.6. O código da fita reagente deve ser compatível com o código do glicosímetro.

5.7. Não esfregar a fita reagente no sangue que ficou aderido a pele.

5.8. Não dobre nem movimente a tira-teste antes ou durante a aplicação de sangue nem durante o processo de medição.

5.9. Não é recomendado utilizar sangue de artérias ou veias, o exame é destinado especificamente para obtenção dos padrões da glicemia nos vasos capilares.

5.10. Armazenar o glicosímetro em local adequado, sem umidade e/ou poeira, evitar expor a extremos de temperaturas e quedas.

5.11. Manter as tiras reagentes dentro da embalagem original bem fechada, longe da umidade e temperatura extrema.

5.12. Descartar tiras reagentes que estejam fora do período de validade ou com características de má conservação.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde Manual de Procedimentos Operacional Padrão (POP) de Enfermagem. Campinas, SP, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf . Acesso em: 10 de abril de 2024.

6.2. Sociedade Brasileira De Diabetes. **Tratamento E Acompanhamento Do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2019-2020.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 004/HCA
		N° PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	GASOMETRIA ARTERIAL	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

1.1. Padronizar o procedimento de gasometria arterial no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Enfermeiro.

3. MATERIAL:

- Equipamento de proteção individual EPI's (Touca, máscara, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental ou jaleco);
- Algodão;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Gaze estéril para curativo oclusivo;
- Seringa de 1 ml;
- Frasco de heparina 5.000 ui;
- Agulha para aspiração de medicação: 40x12mm ou 30x8mm;
- Agulha para coleta: 13x4,5, 25x0,7, 25x0,8mm ou scalp n° 23, 25 ou 27 conforme a artéria a ser puncionada (escolha de acordo com a idade/tamanho do menor).
- Fita microporosa/esparadrapo para curativo.

3. PROCEDIMENTOS:

- 3.1. Verificar na prescrição médica solicitação de exame, conferindo a identificação correta do paciente;
- 3.2. Higienizar as mãos, conforme POP n°01;
- 3.3. Separar material em bandeja previamente desinfetada com álcool à 70%;
- 3.4. Realizar desinfecção do frasco de heparina sódica com álcool 70% e identificá-la com data e horário de abertura e nome do profissional;
- 3.5. Heparinizar a seringa, aspirar aproximadamente 0,1 ml de heparina, utilizando agulha 40x12 mm, puxando o êmbolo para trás em posição vertical e logo após empurrar o embolo desprezando a heparina;
- 3.6. Trocar a agulha pela de numeração 0,7 x 25 mm ou 0,5 x20 mm;
- 3.7. No caso de utilização de scalp: retirar a agulha e adaptar o scalp, ejetar o excesso de heparina em extensão de scalp;
- 3.8. Reunir material, higienizar as mãos e levar até o leito do menor;
- 3.9. Explicar procedimento para menor e/ou acompanhante;
- 3.10. Em casos de crianças agitadas, solicitar ajuda para acalmar a criança e segurá-la;
- 3.11. Posicionar o braço da criança ou adolescente de acordo com o local a ser puncionado: radial, braquial e em últimos casos, a femoral;
- 3.12. Calçar luvas de procedimento;
- 3.13. Palpar a artéria usando os dedos indicador e médio de uma das mãos; atentar para teste de allen;
- 3.14. Realizar antisepsia do local da punção com o algodão embebido em álcool 70%, em movimentos circulares com a mão dominante;
- 3.15. Perfurar a pele e a parede da artéria no ângulo indicado: 30° (artéria radial) 45° (artéria braquial) e 90° (artéria femoral);

- 3.16. Avançar a agulha lentamente até que o sangue arterial flua espontaneamente para a seringa. Caso o sangue não retorne espontaneamente, puxar o êmbolo da seringa com a mão dominante e coletar aproximadamente 0,6ml a 1 ml para pacientes pediátricos;
- 3.17. Retirar a agulha (ou scalp) comprimindo o local de punção com gaze seca até obter a hemostasia (aproximadamente 5 minutos), na sequência realizar curativo oclusivo;
- 3.18. Movimentar suavemente a seringa para homogeneização da heparina com o sangue;
- 3.19. Retirar bolhas de ar da seringa, protegida para evitar aspergir sangue;
- 3.20. Colocar a seringa no invólucro de plástico;
- 3.21. Identificar na embalagem da seringa: nome e sobrenome, leito do paciente e FIO2;
- 3.22. Manter menor confortável no leito e unidade do paciente organizada;
- 3.23. Desprezar material em local adequado e agulhas em perfurocortantes;
- 3.24. Higienizar bandeja com álcool a 70%, guardar insumos nos respectivos locais;
- 3.25. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 3.26. Calçar luvas de procedimentos;
- 3.27. Inserir a seringa no equipamento gasômetro, informando os dados solicitados e aguardar resultado;
- 3.28. Descartar seringa e luvas de procedimentos em lixo infectante;
- 3.29. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 3.30. Anexar resultado no prontuário (carimbado) e/ou entregar ao médico plantonista;
- 3.31. Realizar anotações de enfermagem.

4. OBSERVAÇÕES:

- 4.1. Não utilizar garroteamento.
- 4.2. Realizar teste de Allen, caso o resultado for negativo não puncionar a artéria radial da mão que realizou o teste: localizar e comprimir simultaneamente os pulsos radial e ulnar, solicitando que a criança que abra e feche a mão de forma vigorosa e repetida, entre 5 e 10 flexões (na impossibilidade de a criança realizar o comando, os profissionais envolvidos no procedimento podem fazê-lo) onde, após as flexões, será evidenciada palidez palmar. Com a mão do paciente estendida, libera-se a compressão ulnar, e registra-se o tempo necessário para que reapareça a coloração palmar habitual, o que deve acontecer em menos de 15 segundos, teste (+). Em caso de teste (-) é contraindicado realizar a coleta na artéria radial.



Fonte: traumatologia e ortopedia.

- 4.3. Observar celulites, infecções, fístulas ou shunt arteriovenoso na área da artéria selecionada, neste caso, não proceder a coleta.
- 4.4. A amostra pode ser mantida à temperatura ambiente, em até 30 minutos após a coleta. Na coleta com seringa de plástico, não se indica a manutenção da amostra em ambiente refrigerado.
- 4.5. Não realizar mais que duas tentativas de coleta no mesmo local, o ato de “procura” da artéria com a agulha poderá causar lesão na mesma ou nervo ao lado.
- 4.6. A coleta e o manuseio impróprio de amostras de sangue arterial podem levar a resultados incorretos como: presença de ar na amostra, coleta de sangue venoso, quantidade indevida de heparina na seringa ou mistura inadequada depois de obtenção de sangue.

5. REFERÊNCIAS:

5.1. Pinto JMA, Saracini KC, Lima LCA, Souza LP, Lima MG, Algeri EDBO. **Gasometria Arterial: Aplicações E Implicações Para A Enfermagem.** Revista Amazônia Science & Health. 2017.

5.2. HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Unidade de Análises Clínicas e Anatomia Patológica – (UACAP). PRT nº 003. **Orientações para Coleta de Sangue.** Dourados, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitaisuniversitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-eprocessos/gad/prt-ulacp-003-orientacoes-para-coleta-de-sangue-2020-2022-validado_svssp-2.pdf. Acessado em 07/02/24.

5.3. RESOLUÇÃO COFEN Nº 703/2022. **Atualiza a norma para a execução, pelo Enfermeiro, da punção arterial para gasometria e/ou instalação de cateter intra-arterial para monitorização da pressão arterial invasiva (PAI).2022.**

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Enfermeira: Kátia Rosana Soares Ribeiro.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Leylane Lopes Iwabuchi Dias.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 005/ HCA
		Nº PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL/MÁSCARA FACIAL	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Orientar a equipe de enfermagem na administração de oxigênio por cateter nasal/ máscara facial no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Equipe multiprofissional: Técnico de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeuta e médicos.
2.2. O procedimento de instalação da máscara de oxigênio (sem ajustar a frequência de fluxo do oxigênio) pode ser delegado ao profissional de enfermagem de nível médio. Conforme previsto no COFEN-Decreto Nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986, referente ao exercício da enfermagem, o técnico de enfermagem realiza as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (jaleco ou avental, luva de procedimento, máscara, óculos e gorro);
- Bandeja;
- Álcool a 70%;
- Cateter nasal ou máscara de oxigênio compatível com o menor;
- Conexão de látex;
- Fluxômetro de O₂;
- Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro);
- Frasco com água destilada;
- Gaze;
- Niple (quando necessário);
- Umidificador, quando indicado;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do menor;
4.3. Paramentar-se com os EPI's;
4.4. Orientar o menor e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
4.5. Manter menor em posição de semi-fowler ou fowler;
4.6. Instalar fluxômetro na rede de oxigênio;
4.7. Testar a fonte de oxigênio;
4.8. Fazer a identificação do umidificador (etiqueta contendo a data e hora da instalação e nome do profissional);
4.9. Conectar o umidificador ao fluxômetro ou utilizar o niple;
4.10. Em dispositivos simples, de baixo fluxo não há necessidade de instalar água no umidificador, apenas se indicado;

- 4.11. Quando indicado, preparar a umidificação, colocando água destilada no umidificador observando o nível entre o mínimo e o máximo e conectar o cateter à conexão de látex com o umidificador;
- 4.12. Conectar o cateter/máscara ao intermediário e após ao umidificador;
- 4.13. Calçar luvas de procedimento;
- **Cateter tipo óculos:**
- 4.14. Colocar o cateter nasal nas narinas do menor, ajustar em torno da cabeça para prender o cateter firmemente, mas de maneira confortável;
- 4.15. Proteger a região auricular com gazes na região lateral da face;
- 4.16. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O₂ prescrito;
- 4.17. Permanecer junto ao menor, enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações.
- **Máscara Facial:**
- 4.18. Conectar o circuito de macronebulização a máscara;
- 4.19. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na face do menor;
- 4.20. Abrir a saída de O₂ e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O₂ prescrito;
- 4.21. Permanecer junto ao menor, enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações;
- 4.22. Deixar menor confortável no leito e manter ambiente em ordem;
- 4.23. Desparamentar-se, descartar luvas em local adequado, se contato com sangue ou líquidos corpóreos, em lixo infectante;
- 4.24. Realizar higienização das mãos, conforme POP n°01;
- 4.25. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. A equipe de enfermagem deve observar e anotar: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial.
- 5.2. Caso seja necessário repor água destilada no frasco, desprezar a água destilada que resta no frasco e realizar novo preenchimento.
- 5.3. Utilizar técnica asséptica durante abastecimento do frasco para evitar contaminação. Sempre desprezar a água destilada restante antes de abastecer o frasco.
- 5.4. Observar se o dispositivo de liberação de oxigênio está permeável, sem dobras.
- 5.5. A cânula nasal é um dispositivo simples, de baixo fluxo, com fornecimento de oxigênio de 0,5 a 5L/ min.
- 5.6. A máscara simples pode aumentar a FiO₂ até 60%. Ela deve ser usada com um fluxo mínimo de 5 L/min para prevenir retenção de dióxido de carbono (CO₂).
- 5.7. Trocar a máscara facial a cada 24h, se uso de umidificação. Em caso de oxigenioterapia sem umidificação, trocar a máscara quando houver sujidade ou mau funcionamento.
- 5.8. O cateter nasal não tem período de troca pré-estabelecido. Trocar quando houver sujidade ou mau funcionamento.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos da enfermagem**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- 6.2. CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- 6.3. CORTEZ, R. **Oxigenoterapia no paciente, como fazer?**. Disponível em: <https://enfermagempiaui.com.br/category/procedimentos/>. Acesso em: 14/05/2024.
- 6.4. LUZ, S. **Oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara**. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=214>. Acesso em: 14/05/2024.
- 6.5. **Manual de oxigenoterapia**: volume II / Patrícia Salerno et al. -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2023.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 006 /HCA
		Nº PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

- 1.1. Padronizar o procedimento de administração de medicamentos por via subcutânea nos pacientes pediátricos internados no Hospital da Criança e do Adolescente;
- 1.2. Orientar a equipe de enfermagem quanto à técnica correta para preparo e administração de medicamentos por via subcutânea.

2. RESPONSÁVEIS:

- 2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja ou cuba rim;
- Prescrição médica;
- Álcool à 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Seringa de 1 ml;
- Agulha 40mmx12mm ou 30mm x 8mm, para aspiração do medicamento;
- Medicamento prescrito;
- Agulha 13x4,5 para administração do medicamento;
- Etiqueta de identificação e fita adesiva;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir os treze certos da medicação segura (vide observações), conferindo a prescrição médica;
- 4.2. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.3. Fazer etiqueta de identificação do medicamento contendo: nome do paciente, nome do medicamento, dose, horário e via de administração;
- 4.4. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- 4.5. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com algodão embebido em álcool 70%;
- 4.6. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.7. Preparar o medicamento próximo ao horário da administração e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade e conservando-o sob refrigeração quando indicado;
- 4.8. Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.9. Fazer a desinfecção da ampola com algodão umedecido com álcool à 70%;
- 4.10. Para os frascos-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão, em seguida, fazer a desinfecção com algodão umedecido com álcool à 70%;
- 4.11. Para as ampolas: quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;

- 4.12. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha calibre 40mmx12mm para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- 4.13. Retirar o ar da seringa e trocar a agulha por uma com dimensões de 13mm x 4,5mm;
- 4.14. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.15. Dirigir-se ao menor e acompanhante e explicar procedimento;
- 4.16. Posicionar o menor sentado ou deitado de maneira adequada para a realização do procedimento dependendo do local onde será administrada a medicação;
- 4.17. Selecionar o local para administração do medicamento (deltoide, face externa do braço e face externa e anterior da coxa, face interna do antebraço ou região abdominal e região escapular);
- 4.18. Calçar luvas de procedimento;
- 4.19. Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%; esperar secagem de pele;
- 4.20. Pressionar a pele entre os dedos indicador e polegar, formando uma prega;
- 4.21. Introduzir a agulha em ângulo de 90° na pele com a mão dominante (ou 45° dependendo de quantidade de tecido subcutâneo);
- 4.22. Se utilizar agulha de tamanho maior, é necessário diminuir a angulação para 45°;
- 4.23. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
- 4.24. Retirar a agulha no mesmo ângulo que foi inserida;
- 4.25. Comprimir levemente o local com algodão para facilitar a hemostasia; se necessário deixar curativo oclusivo;
- 4.26. Observar o local da aplicação, anotar e comunicar ao enfermeiro qualquer tipo de reação que o menor possa apresentar após receber o medicamento;
- 4.27. Organizar o leito do menor e deixá-lo confortável;
- 4.28. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- 4.29. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.30. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.31. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.32. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.33. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

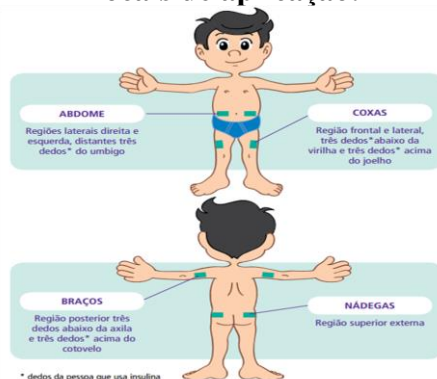
5. OBSERVAÇÕES:

5.1. O preparo de medicações NÃO requer o uso de luvas. Usar luvar de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.

5.2. Trezes certos da medicação segura: paciente certo, prescrição certa, medicamento certo, validade certa, dose certa, compatibilidade certa, via de administração certa, forma/apresentação certa, horário certo, orientação ao paciente certo, registro certo, ação certa, tempo de administração certo.

5.3. Enfatizar a importância do rodízio na aplicação subcutânea, para facilitar a absorção da medicação, amenizar a dor e reduzir o risco de complicações decorrentes aplicações sucessivas num mesmo local.

Locais de aplicação:



Fonte: slideshare.

5.4. Inspecione e palpe a pele da região de escolha, verificando existência de equimose, inflamação ou áreas de endurecimento, neste caso não proceder a aplicação.

5.5. Quanto à prática da aspiração, os estudos não evidenciam sua realização pois não há vasos sanguíneos de calibre grande presentes nas áreas recomendadas para a injeção subcutâneas, porém caso, acidentalmente, tenha atingido um vaso sanguíneo, trocar a agulha e reiniciar o procedimento, pois as soluções oleosas ou em suspensão, se administradas por via EV, podem causar embolia.

5.6. Não se deve fazer massagem no local para não diminuir o tempo de absorção do fármaco.

6. REFERÊNCIAS:

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

6.2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem.** 8ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2015.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucielle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 007/HCA N° PÁGINAS: 05
		EMIÇÃO: 05/08/2024
/TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar a técnica do preparo e da administração de medicamentos intramuscular (IM) no Hospital da Criança e do Adolescente (HCA).

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Medicamento prescrito;
- Prescrição médica;
- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa de 3ml, ou conforme volume a ser infundido;
- Algodão;
- Gaze não estéril;
- Agulha para aspiração (40mm x 12mm ou 30mm x 8mm);
- Agulha com calibre e comprimento apropriado ao tamanho do menor (25mm x 0,7mm, 25mm x 0,8mm, ou 20mm x 0,6mm);
- Fita hipoalergênica;
- Álcool à 70%.

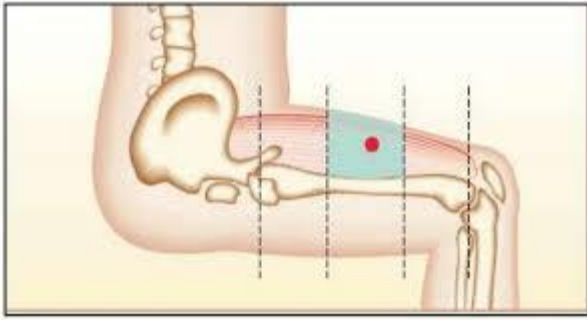
4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1.** Conferir os trezes certos da medicação segura (vide observações), conferir a prescrição médica;
- 4.2.** Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- 4.3.** Colocar o material para preparo de medicação sobre o balcão, previamente desinfetado;
- 4.4.** Realizar etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento, dose, horário, via de administração e nome do menor;
- 4.5.** Observar a data de validade do medicamento e integridade dos invólucros;
- 4.6.** Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.7.** Fazer desinfecção da ampola ou frasco-ampola com álcool 70% + algodão;
- 4.8.** Reconstituir medicação, quando necessário, conforme prescrição médica;
- 4.9.** Aspirar o conteúdo prescrito, certificando-se de retirar o ar da seringa;
- 4.10.** Selecionar a agulha adequada para aspiração do conteúdo medicamentoso – 40mm x 12mm ou 30mm x 8mm;
- 4.11.** Separar algodão umedecido com álcool 70% e algodão seco;
- 4.12.** Escolher seringa compatível com o volume a ser administrado;
- 4.13.** Selecionar adequadamente a agulha para administração IM;
- 4.14.** Trocar agulha depois do preparo de medicação;
- 4.15.** Manter balcão limpo e organizado;
- 4.16.** Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;

- 4.17. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.18. Levar a bandeja contendo o medicamento preparado próximo ao menor e coloca-la sobre a mesa de cabeceira;
- 4.19. Checar os dados de identificação do menor;
- 4.20. Apresentar-se ao menor e/ou acompanhante orientando-os sobre o procedimento;
- 4.21. Posicionar adequadamente o menor para o procedimento, em casos de inquietação de menor solicitar auxílio de outro profissional;
- 4.22. Definir o local de administração, observando a presença de equimose, inflamação ou edema; evitar áreas sensíveis e endurecidas, neste caso, não proceder a aplicação;
- 4.23. Expor a área de aplicação, palpar o músculo e delimitar a região a ser puncionada;
- 4.24. Fazer antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido distal para proximal e aguardar secar o local;
- 4.25. Retirar a capa protetora da agulha e com a mão não dominante tracionar a pele próxima ao local de inserção da agulha;
- 4.26. Introduzir a agulha: durante a introdução da agulha o bisel deve estar lateralizado ou no sentido da fibra muscular e perpendicular à pele ou formando um ângulo 90°, como medida para redução de chances de lesão;
- 4.27. Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certificar-se que não atingiu nenhum vaso sanguíneo, se houver retorno sanguíneo, não administrar o medicamento, trocar seringa e agulha e preparar novamente a medição;
- 4.28. Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
- 4.29. Retirar a agulha e a seringa e colocar na bandeja, sem encapar a agulha;
- 4.30. Comprimir levemente o local com algodão seco, sem massagear, se necessário manter um curativo com algodão/gaze + fita hipoalergênica;
- 4.31. Observar o local da aplicação, anotar e comunicar ao enfermeiro qualquer tipo de reação que o menor possa apresentar após receber o medicamento;
- 4.32. Organizar o leito do menor e deixá-lo confortável;
- 4.33. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- 4.34. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.35. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.36. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.37. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.38. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo de medicações NÃO requer o uso de luvas. Usar luvar de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.
- 5.2. Trezes certos da medicação segura: prescrição certa; paciente certo; medicamento certo; validade certa; forma/apresentação certa; dose certa; compatibilidade certa; orientação ao paciente certo; via de administração certa; horário certo; tempo de administração; ação certa; registro certo.
- 5.3. Aplicar a medicação em um ângulo inferior a 90°, em crianças e adolescentes com massa muscular reduzida.
- 5.4. Locais de aplicação:
 - 5.4.1. Vasto lateral da coxa: Posicionar a criança em decúbito dorsal, lateral ou sentado. Em crianças, delimitar o sítio de punção no terço médio da área entre o trocânter maior e o joelho na face medial externa da coxa. O ângulo da agulha deve ser de 90°. A região é preconizada para menores de 2 anos, devido à maior proporção muscular.

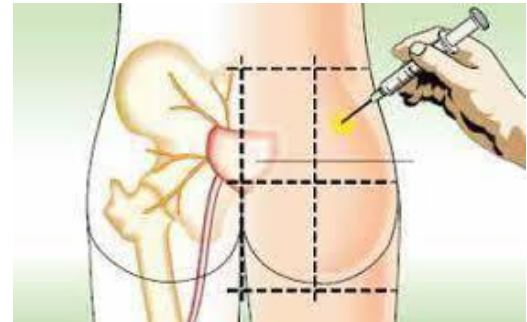


Fonte: Unoeste.



Fonte: prefeitura de londrina

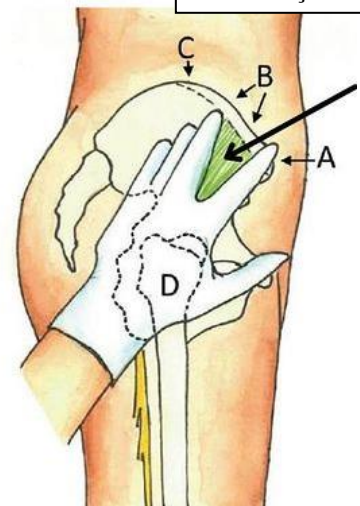
5.4.2. Região dorso-glútea: Posicionar o paciente em decúbito ventral ou lateral. A posição de pé é contraindicada, pois há contração dos músculos glúteos. Dividir o músculo em quatro partes e aplicar no quadrante superior externo - palpar os marcos anatômicos ósseos, utilizando os dedos para encontrar o trocânter maior e a espinha ilíaca póstero-superior. Desenhe uma linha reta imaginária entre esses marcos anatômicos e administre a injeção com a agulha em um ângulo de 90° lateral e superior ao ponto médio dessa linha.



Fonte: passei direito

5.4.3. Região ventro-glútea: Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre crista ilíaca; estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca; espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca. Vantagens: direção das fibras musculares, evita o deslocamento da medicação para a região do nervo isquiático (ciático) livrando-o de irritação.

APLICAÇÃO

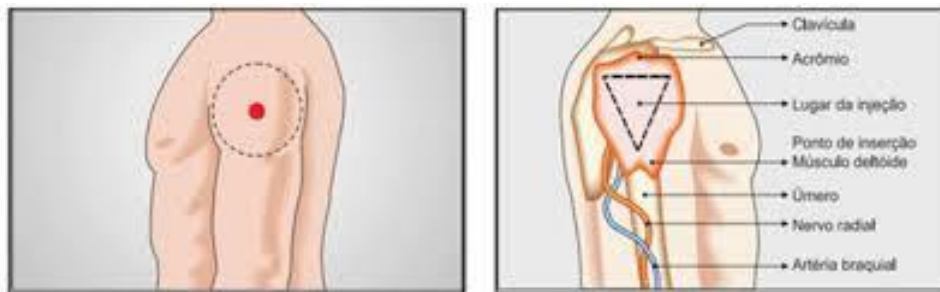


Fonte: prefeitura de londrina



Fonte: prefeitura de londrina

5.4.4. Deltoide: Posicionar o paciente em pé, sentado ou decúbito lateral; localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar o medicamento no centro do triângulo imaginário; não utilizar essa região em pessoas que foram submetidas a mastectomia ou esvaziamento cervical ou com parestesia ou paralisia do braço.



Fonte: prefeitura de londrina

5.5. Calibre da agulha: Neonato 13-20mm, até 1 ano 20-25 mm, 2 a 6 anos 25-30mm, 6 a 11 anos 25-30mm.

5.6. Recomenda-se aplicação de medicamento a utilização da agulha 20 x 5,5 no vasto lateral e 25x0,6 em vasto lateral e deltoide, porém a avaliação clínica da musculatura do menor é imprescindível. Na administração da P.G Benzatina, fracionar em duas aplicações a dose prescrita, para atender ao volume máximo permitido no sítio de escolha.

Tabela: Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado

Faixa etária	Deltoide	Ventro-glútea	Dorso-glútea	Vasto Lateral
Prematuros				0,5ml
Neonatos				0,5ml
Lactentes				1 ml
Crianças de 3 a 6 anos.		1,5 ml	1 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1, 5 – 2 ml	1,5 – 2 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	4 ml	4 ml	4 ml

Fonte: Coren SP, 2020.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo. Parecer Coren-Sp Nº 010/2020. **Administração de medicamento via intramuscular.** Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Parecer-010.2020-Administra%C3%A7%C3%A3o-demedicamento-via-intramuscular.pdf>. Acesso em: 07/02/2024.

6.2. Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo. Orientação fundamentada nº 116/2016. **Administração de Benzetacil.** Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-116.pdf>. Acesso em: 15/02/2023

6.3. Brasil. Ministerio da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. **Administração de medicamentos IM em pediatria. POP 96.** Disponível em: <https://www.gov.br/https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRkhDh1Wb6zkMSc03tci7p5EbnkVTTQPILLdPjaXSeUFA&s/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-portaria-98-pop-de-096-administracao-de-medicamentos-im-em-pediatria>. Acesso em 08/04/2024.

6.4. Prefeitura de londrina: Procedimento Operacional Padrão: injeção intramuscular (im). 09/2021. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/23-INJECAO_INTRAMUSCULAR.pdf. Acesso em 07/02/2023.

6.5. Unoeste. Administração de medicação intramuscular. Disponível em: <https://www.unoeste.br/lhabsim/Content/documentos/guiaHabilidades/Guia%20administra%C3%A7ao%20medicamentos%20IM.pdf>. Acesso em 07/02/2023.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

Pronto Atendimento Infantil:

Enfermeira: Adrina Benjamin.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cluede de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 008/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMIÇÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA COM USO DE MÁSCARA FACIAL	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de administração de medicação por via inalatória no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. ABRANGÊNCIA:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirurgica ou PFF2-se precaução respiratória, óculos de proteção, luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Máscara para nebulização, tamanho adequado para menor;
- Copo nebulizador;
- Prescrição médica;
- Extensão de látex;
- Seringa descartável de 10 ml;
- Agulha descartável 40X12 - para aspiração da solução para diluição (se necessário);
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada;
- Solução de diluição prescrita;
- Medicamento prescrito;
- Fonte de ar comprimido ou fonte de oxigênio;
- Fluxômetro;
- Etiqueta de identificação e fita adesiva;
- Papel toalha.
- Caneta

4. PROCEDIMENTO:

4.1. Observar os 13 certos da administração de medicação (vide observações), conferir prescrição médica;

4.2. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com algodão embebido em álcool 70%;

4.3. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

4.4. Fazer etiqueta de identificação do medicamento contendo: nome do paciente, nome do medicamento, dose, horário e via de administração, utilizar fita adesiva;

4.5. Aspirar a quantidade de SF 0,9% ou água destilada prescrita com a seringa conectada à agulha e colocar dentro do copo do nebulizador;

4.6. Colocar no copo do nebulizador a quantidade de medicação prescrita (geralmente em gotas);

4.7. Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

4.8. Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

- 4.9. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- 4.10. Identificar o nebulizador com a etiqueta;
- 4.11. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01
- 4.12. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.13. Levar os materiais próximo ao leito do menor em uma bandeja;
- 4.14. Orientar o menor e/ou acompanhante sobre o cuidado que será realizado;
- 4.15. Conectar o fluxômetro na saída de oxigênio ou de ar comprimido, caso já não esteja instalado;
- 4.16. Conectar o copo nebulizador a extensão de látex que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;
- 4.17. Auxiliar o menor a se posicionar ou posicione-o sentado com a cabeceira elevada em semi-fowler ou fowler;
- 4.18. Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 litros/min ou conforme recomendação;
- 4.19. Observar o funcionamento do nebulizador pela névoa que se forma;
- 4.20. Ajustar a máscara a face do paciente de forma a cobrir boca e nariz garantindo uma boa vedação,
- 4.21. Se máscara para traqueostomia (Hudson) deve ser posicionada diretamente sobre a traqueostomia do paciente. Mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- 4.22. Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o menor por alguns minutos logo após a instalação da medicação e observar a coloração da pele do menor verificar a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e a saturação de oxigênio;
- 4.23. Orientar o menor (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente e que permaneça com os olhos fechados durante a realização da nebulização;
- 4.24. Fechar o fluxômetro ao término da inalação oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
- 4.25. Comunicar ao médico que o procedimento se findou caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
- 4.26. Desconectar o copo da extensão de látex acoplado ao fluxômetro e encaminhar material de nebulização para CME, de acordo com horário institucional estabelecido (acondicionar em saco fechado);
- 4.27. Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.28. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.29. Higienizar bandeja com álcool a 70%, guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.30. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.31. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.32. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo de medicações NÃO requer o uso de luvas. Usar luvar de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.
- 5.2. Trezes certos da medicação segura: prescrição certa; paciente certo; medicamento certo; validade certa; forma/apresentação certa; dose certa; compatibilidade certa; orientação ao paciente certo; via de administração certa; horário certo; tempo de administração; ação certa; registro certo.
- 5.3. Trocar o kit de nebulização, conforme protocolo da CCIH.
- 5.4. O kit de nebulização é de uso individual.
- 5.5. O oxigênio deve ser tratado como uma medicação, pois pode ter efeitos deletérios, como atelectasia ou toxicidade.
- 5.6. Interromper a medicação se ocorrer algum tipo de reação e comunicar imediatamente ao médico.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. Santana, JRB; Dutra, BS, silva, KRS et al. **Guia prático: técnicas de enfermagem.** Editora. Atena. 2022.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Leylane Lopes Iwabuchi Dias.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 009/HCA
		Nº PÁGINAS: 02
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

1.1. Padronizar o procedimento de administração de medicamentos via oral no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Bandeja ou cuba-rim;
- Copo descartável pequeno (para colocar medicamentos);
- Copo dosador;
- Água potável;
- Etiqueta de identificação;
- Seringa (quando necessário).

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1.** Conferir os treze certos da medicação segura (vide observações), conferindo a prescrição médica;
- 4.2.** Realizar higienização das mãos, conforme POP nº 01;
- 4.3.** Realizar etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento, dose, horário, via de administração e nome do menor;
- 4.4.** Observar a data de validade do medicamento e integridade dos invólucros;
- 4.5.** Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.6.** Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento, previamente desinfetada com álcool a 70%;
- 4.7.** Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
- 4.8.** Separar a medicação, colocando-a no copo descartável com o rótulo de identificação do medicamento;
- 4.9.** O medicamento deve ser mantido com sua embalagem própria;
- 4.10.** Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão exatamente com a medida prescrita;
- 4.11.** Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.12.** Paramentar-se com os EPI's;
- 4.13.** Levar a bandeja até a unidade do menor e colocá-la na mesa de cabeceira;
- 4.14.** Apresentar-se ao menor e ao acompanhante e explicar o procedimento;
- 4.15.** Identificar o grau de dependência do menor e estado clínico, quanto à nível de consciência, reflexo de deglutição, náuseas e êmeses;
- 4.16.** Posicionar adequadamente o menor para o procedimento (fowler e/ou sentado);

- 4.17. Oferecer a medicação ao menor, bem como o copo com água. Solicitar ajuda do acompanhante, se necessário;
- 4.18. Permanecer ao lado do menor até que este degluta todo o medicamento;
- 4.19. Organizar leito do menor e deixá-lo confortável;
- 4.20. Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.21. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, e se o paciente estiver em precauções específicas, desprezar em lixo infectante;
- 4.22. Higienizar bandeja com álcool a 70%, guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.23. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.24. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.25. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo de medicações NÃO requer o uso de luvas. Usar luva de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.
- 5.2. Trezes certos da medicação segura: paciente certo, prescrição certa, medicamento certo, validade certa, dose certa, compatibilidade certa, via de administração certa, forma/apresentação certa, horário certo, orientação ao paciente certo, registro certo, ação certa, tempo de administração certo.
- 5.3. Nunca deixar o medicamento sobre a mesa para acompanhante administrar, sem a supervisão da enfermagem.
- 5.4. Essa via é contraindicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentam náuseas e vômitos.
- 5.5. Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.
- 5.6. Se solução, colocar a dose prescrita em copo utilizando uma seringa ou copo dosador. Cada medicamento deve ser colocado em seringa ou copo dosador individual.
- 5.7. Fornecer o medicamento atentando-se a aceitação do paciente; caso haja recusa ou êmese o medicamento comunique o enfermeiro/médico.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. **Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 010/HCA
		Nº PÁGINAS: 02
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar a administração de medicamento por via ocular no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Medicação prescrita;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9% 10 ml;
- 01 pacote de compressa de gaze não estéril;
- Bandeja;
- Prescrição médica;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir os treze certos da medicação segura (vide observações), conferindo a prescrição médica;
- 4.2. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.3. Realizar etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento, dose, horário, via de administração e nome do menor;
- 4.4. Observar a data de validade do medicamento e integridade dos invólucros;
- 4.5. Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.6. Preparar uma bandeja, previamente desinfetada com álcool à 70%, com o material;
- 4.7. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.8. Paramentar-se com os EPI's e levar material preparado até o leito do paciente;
- 4.9. Explicar ao menor e/ou acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- 4.10. Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente;
- 4.11. Agitar medicamentos líquidos antes da administração para melhor distribuição de conteúdo;
- 4.12. Atenção para não deixar a tampa de medicação com a face interna voltada para baixo, com o intuito de evitar contaminação;
- 4.13. Limpar as pálpebras e os cílios do menor, se houver presença de sujidades, com gaze limpa umedecida em soro fisiológico e secar;
- 4.14. Inclinar a cabeça do menor levemente para trás e solicitar que o mesmo olhe para um objeto acima; se possível, em casos de crianças maiores e adolescentes;
- 4.15. Afastar delicadamente com o dedo indicador a pálpebra expondo o saco conjuntival, e instilar as gotas prescritas a distância de 1 a 2 cm; conforme quantidade prescrita em um ou ambos os olhos;
- 4.16. Atenção para não encostar o aplicador no olho;
- 4.17. Orientar o menor que feche os olhos e, em seguida, abra-os; quando possível;

4.18. Em caso de pacientes acamados, comatosos e não colaborativos, realizar manualmente este movimento, delicadamente;

4.19. Enxugar o excesso de líquido com gaze limpa;

5. EM CASOS DE POMADA OFTALMOLÓGICAS:

5.1. Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a ponta;

5.2. Orientar o menor a olhar para cima, puxar a pálpebra inferior com a mão não dominante;

5.3. Aplicar uma pequena quantidade de pomada ou longo da borda do saco conjuntival, a partir da comissura palpebral interna;

5.4. Liberar a pálpebra e solicitar ao menor que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras;

5.5. Quando necessário, retirar excesso de pomada com gaze limpa;

5.6. Deixar o menor em posição confortável;

5.7. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, e se o paciente estiver em precauções específicas, desprezar em lixo infectante;

5.8. Higienizar bandeja com álcool a 70%, guardar insumos nos respectivos locais;

5.9. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;

5.10. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

5.11. Realizar registro no prontuário e checar em prescrição médica.

6. OBSERVAÇÕES:

6.1. Medicação ocular é exclusiva de cada paciente.

6.2. Trezes certos da medicação segura: paciente certo, prescrição certa, medicamento certo, validade certa, dose certa, compatibilidade certa, via de administração certa, forma/apresentação certa, horário certo, orientação ao paciente certo, registro certo, ação certa, tempo de administração certo.

6.3. No caso de o paciente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, instilar primeiro o colírio e, após 5 minutos, fazer uso da pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área tratada.

7. REFERÊNCIAS:

7.1. Ebserh. Empresa brasileira de serviços hospitalares. Gerência de atenção à saúde. Divisão de enfermagem (denf). **Administração de medicamentos por via ocular.** Gerência de atenção à saúde – minas gerais: ebserh – empresa brasileira de serviços hospitalares, 2022.

7.2. Santana, J. C. B et al. **Guia Prático. Técnicas de Enfermagem.** Ponta Grossa-PR. Atena, p.88. 2022.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Clude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 011/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMIÇÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar o procedimento de administração de medicamentos por via intradérmica;
- 1.2. Realizar uso de via intradérmica para teste de sensibilização (respostas para alergias) e/ou tuberculose (PPD) e, ainda como via de administração de medicações e vacinas como BCG.

2. RESPONSÁVEIS:

- 2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Algodão;
- Bandeja ou cuba rim;
- Álcool a 70%;
- Gaze;
- Seringa de pequeno volume (1 ml);
- Agulha para aplicação (13 x 4,5mm);
- Agulha para aspiração (40 x 12mm, 25 x 7mm ou 25 x 8mm);
- Etiqueta de identificação/fita adesiva;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir os trezes certos da medicação segura (vide observações), conferir a prescrição médica;
- 4.2. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.3. Fazer etiqueta de identificação do medicamento contendo: nome do paciente, nome do medicamento, dose, horário e via de administração, utilizar fita adesiva;
- 4.4. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- 4.5. Realizar desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%;
- 4.6. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.7. Preparar o medicamento próximo ao horário da administração e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade e conservando-o sob refrigeração quando indicado;
- 4.8. Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.9. Fazer a desinfecção da ampola com algodão umedecido com álcool à 70%;
- 4.10. Para os frascos-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão em seguida, fazer a desinfecção com algodão umedecido com álcool à 70%;
- 4.11. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original;
- 4.12. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-o com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- 4.13. Aspirar dose prescrita;
- 4.14. Troque a agulha por outra de 13x4,5mm, utilize o invólucro da seringa para proteger o embolo;

- 4.15. Coloque a etiqueta de identificação;
- 4.16. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.17. Explicar o procedimento ao menor e/ou acompanhante;
- 4.18. Colocar o menor em uma posição confortável e de fácil visualização da área de injeção;
- 4.19. Fazer a antissepsia do local com gaze umedecida em álcool 70% da parte distal para proximal em um só sentido, em seguida, esperar 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígio do produto, de modo a evitar interferência do álcool na aplicação;
- 4.20. Distender a pele do local de aplicação, usando o indicador e o polegar;
- 4.21. Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15° graus, quase paralelamente à superfície da pele, com bisel voltado para cima, parando quando a extremidade do bisel estiver sob a pele. **NÃO ASPIRAR**;
- 4.22. Injetar lentamente, observar a formação de pápula;
- 4.23. Retirar a agulha (movimento único) na mesma angulação de entrada na pele sem fazer compressão;
- 4.24. Segurar a pele com o algodão ao término da aplicação;
- 4.25. Orientar o menor e o acompanhante para não massagear o local de aplicação;
- 4.26. Observar o local da aplicação, anotar e comunicar ao enfermeiro qualquer tipo de reação que o menor possa apresentar após receber o medicamento;
- 4.27. Organizar o leito do menor e deixá-lo confortável;
- 4.28. Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- 4.29. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.30. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.31. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.32. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.33. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo de medicações **NÃO** requer o uso de luvas. Usar luvar de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.
- 5.2. Trezes certos da medicação segura: prescrição certa; paciente certo; medicamento certo; validade certa; forma/apresentação certa; dose certa; compatibilidade certa; orientação ao paciente certo; via de administração certa; horário certo; tempo de administração; ação certa; registro certo.
- 5.3. O volume máximo indicado para administração no tecido intradérmico é de 0,5mL.
- 5.4. Em vacinação extramuros e em ambiente hospitalar, quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e sabão ou álcool a 70%.
- 5.5. Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isso pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos.
- 5.6. Os locais para aplicação Intradérmica são: a face anterior do antebraço (3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho) região subescapular e parte superior do tórax.
- 5.7. Não massagear o local após aplicações.
- 5.8. Em caso de reações adversas, comunicar enfermeiro ou médico.
- 5.9. Orientar o cuidador/familiar quanto a observação do local da aplicação quanto à coloração, temperatura e nodulação.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014:176p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acessado em 03/03/2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 012/HCA
		Nº DE PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA GASTROENTERAL	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

1.1. Padronizar procedimento de administração de medicamentos através de sondas nasogástricas (SNG), sonda orogástricas (SOG), nasoenterais (SNE) e gastrostomias (GTM), no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Técnicos de enfermagem e enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Prescrição médica;
- Bandeja ou cuba rim;
- Medicamento prescrito;
- Etiqueta de identificação/Fita adesiva;
- Copo descartável;
- Instrumento para cortar ou triturar comprimidos (quando necessário);
- Álcool 70%;
- Gaze;
- Caneta;
- Água potável (mineral) como veículo para dissolução/suspensão;
- Seringa.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1.** Conferir os treze certos da medicação segura (vide observações), conferindo a prescrição médica;
- 4.2.** Realizar higienização das mãos, conforme POP nº 01;
- 4.3.** Verificar se os medicamentos prescritos e dispensados são compatíveis com a trituração e administração pela sonda;
- 4.4.** Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento, previamente desinfetada com álcool 70%;
- 4.5.** Realizar etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento, dose, horário, via de administração e nome do menor;
- 4.6.** Observar a data de validade do medicamento e integridade dos invólucros;
- 4.7.** Inspeccionar o frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos; caso exista alguma alteração, comunicar o enfermeiro imediatamente;
- 4.8.** Se for solução: aspirar a dose prescrita com uma seringa apropriada. Se for comprimido retirar da embalagem, triturar até tornar-se pó, diluir em água potável e aspirar com seringa de 10 ou 20 ml, ou conforme indicação na prescrição médica;
- 4.9.** Aspirar o medicamento e identificar a seringa com o rótulo disponível;
- 4.10.** Higienizar as mãos, levar a bandeja até o leito do menor e colocá-la em mesa auxiliar;
- 4.11.** Paramentar-se com os EPI's;
- 4.12.** Apresentar-se para o menor e/ou acompanhante, explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade;

- 4.13. Posicionar adequadamente o menor para o procedimento, elevar o decúbito do paciente;
- 4.14. Verificar a fixação da sonda, para observação do seu posicionamento;
- 4.15. Pinçar a extremidade da sonda, protegida com gaze, retirar a tampa e conectar a seringa;
- 4.16. Desdobrar a sonda e injetar o medicamento lentamente;
- 4.17. Conectar a seringa com água mineral e injetar a mesma após a medicação (verificar indicação de restrição hídrica);
- 4.18. Desacoplar seringa da sonda;
- 4.19. Deixar a sonda fechada por 30 minutos, garantindo a administração do medicamento;
- 4.20. Anotar e comunicar ao enfermeiro qualquer tipo de reação que o menor possa apresentar após receber o medicamento;
- 4.21. Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.22. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.23. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.24. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.25. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº 01;
- 4.26. Registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinar e carimbar, checar prescrição médica.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo de medicações NÃO requer o uso de luvas. Usar luva de procedimento somente para a administração do medicamento, porém é obrigatório a higienização das mãos antes do preparo de medicações.
- 5.2. Trezes certos da medicação segura: paciente certo, prescrição certa, medicamento certo, validade certa, dose certa, compatibilidade certa, via de administração certa, forma/apresentação certa, horário certo, orientação ao paciente certo, registro certo, ação certa, tempo de administração certo.
- 5.3. Antes de administrar o medicamento, interromper a dieta e lavar a sonda, conforme prescrição médica, considerando o balanço hídrico e a idade do menor, para evitar a interação com resíduos da dieta, interação entre os medicamentos e obstrução da sonda. Lavar a sonda após administração da dieta.
- 5.4. Triturar os medicamentos sólidos, após checagem junto ao farmacêutico das propriedades físico-químicas, não comprometimento da efetividade e segurança do tratamento. Apesar de ato corriqueiro, pode interferir na qualidade da apresentação farmacêutica, devido transformações em características originais e levando ao risco de manutenção inadequada do nível sérico do fármaco, além de aumentar o risco de obstrução da sonda (pedaços que podem se agregar na presença de umidade).
- 5.5. Para os fármacos cuja absorção dependa do esvaziamento gástrico (ex. fenitoína, carbamazepina), a sonda seja de posição gástrica, a dieta deve ser interrompida 30 a 60 minutos antes (interromper 2 horas antes para fenitoína) e reiniciada 30 minutos após a administração do medicamento devido ao grande potencial de interação.
- 5.6. Medicações oleosas e com revestimento entérico ou comprimidos ou cápsulas de liberação controlada são contra indicadas para administração por SNG. Medicações oleosas aderem à parede da sonda e resistem à mistura com soluções de irrigação e o esmagamento de comprimidos com revestimento entérico ou de liberação controlada, para facilitar o transporte através da sonda, destrói as suas propriedades pretendidas.
- 5.7. Dois ou mais medicamentos prescritos para o mesmo horário devem ser preparados e administrados separadamente, sendo necessário lavar a sonda com água entre as administrações.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. ISMP. **Preparo e administração de medicamentos por sonda enteral ou ostomias**. v.4, n. 4, p.1-6, 2015.
- 6.2. OLIVEIRA, R. G. Black book Enfermagem. **Guia prático de enfermagem: Técnicas de Enfermagem**. 2016.
- 6.3. HOEFLER, R.; VIDAL, J.S. **Boletim Farmacoterapêutica**. Ano XIV. Números 03 e 04, mai-ago. 2009.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

Pronto Atendimento Infantil:

Enfermeira: Adrina Benjamin.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cluete de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 013/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

- 1.1. Padronizar as condutas e ações da equipe de enfermagem no cuidado antes, durante e após a administração de hemocomponentes em pacientes pediátricos no Hospital da Criança e do Adolescente;
- 1.2. Estabelecer a rotina para instalação e controle da transfusão de hemocomponentes com a finalidade de reduzir os riscos de reações adversas à transfusão e minimizando os erros de administração.

2. RESPONSÁVEIS:

- 2.1. Este procedimento pode ser executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual EPI's (Gorro, máscara, luvas de procedimentos, jaleco/avental, óculos de proteção);
- Prescrição médica
- Ficha de Controle Transfusional: Formulário de registro de transfusão (disponível nos setores);
- Álcool 70%;
- Gaze estéril;
- Luva de procedimento;
- Bandeja ou cuba rim;
- Materiais para avaliação dos sinais vitais (Termômetro, oxímetro e etc.);
- Bolsa de hemocomponente com equipo específico;
- Etiqueta de identificação (aderida na identificação da bolsa).

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Com a chegada da bolsa que será transfundida, checar a identificação do rótulo da bolsa com a prescrição do paciente/receptor;
- 4.3. Conferir dados da etiqueta da bolsa de hemocomponente: nome do paciente, numeração da bolsa, volume, classificação sanguínea, data do teste de compatibilidade e data da validade do hemocomponente;
- 4.4. Inspeccionar a bolsa quanto a coloração do hemocomponente, integridade do sistema, presença de hemólise ou coágulos e bolhas de ar (crescimento bacteriano);
- 4.5. Confirmar se a transfusão do hemocomponente encontra-se prescrita pelo médico;
- 4.6. Separar uma bandeja para o procedimento, previamente desinfetada;
- 4.7. Separar o material para o procedimento de instalação do hemocomponente, colocando-o na bandeja; em seguida levá-la até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- 4.8. Apresentar-se ao menor e/ou acompanhante e orientá-los quanto ao procedimento e possíveis reações;
- 4.9. Paramentar-se;
- 4.10. Verificar sinais vitais e registrar, caso apresentarem alteração, não instalar o hemocomponente, e comunicar imediatamente o enfermeiro e equipe médica para que seja estabelecida a conduta apropriada;
- 4.11. Desinfetar o lacre da bolsa com álcool 70% antes de abrir a vedação;

- 4.12.** Atentar para assepsia das conexões vasculares com gaze estéril e álcool 70% com movimento de fricção por 15 segundos (scrub the hub) antes de administrar o hemocomponente;
- 4.13.** Inserir a conexão à bolsa de sangue com cuidado, manter técnica asséptica no manuseio da ponta perfurante do equipo antes da conexão à bolsa, atentar para não a perfurar;
- 4.14.** Abrir a pinça do equipo e preencher a sua extensão;
- 4.15.** Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente;
- 4.16.** Atentar para o tempo de infusão dos componentes sanguíneo. Quando o período estabelecido for atingido (vide observações), a transfusão necessita ser interrompida e as bolsas descartadas;
- 4.17.** Observar atentamente durante os primeiros 15 minutos, sinais e sintomas compatíveis com reação transfusional (rush cutâneo, hipertermia, dispneia, prurido, tosse, hematúria, agitação ou sonolência, etc.);
- 4.18.** Diante de qualquer intercorrência no início ou durante o procedimento, adotar as seguintes condutas:
- Interromper a transfusão imediatamente, exceto em caso de reações alérgicas leves (urticária) nas quais a transfusão do componente sanguíneo não precisa ser suspensa, porém necessita ser informadas ao médico e registradas em prontuário;
 - Solicitar avaliação médica imediata;
 - Examinar os rótulos das bolsas e de todos os registros relacionados à transfusão para verificar se houve erro na identificação do paciente ou das bolsas transfundidas;
 - Retirar com técnica asséptica as bolsas de hemocomponentes, comunicando o serviço de hemoterapia e encaminhar a bolsa.
- 4.19.** Desconectar a bolsa e descartá-la em recipiente apropriado para este fim, em lixo infectante;
- 4.20.** Salinizar a via endovenosa e manter permeabilidade da mesma;
- 4.21.** Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.22.** Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.23.** Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.24.** Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.25.** Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.26.** Anotar o volume infundido no balanço hídrico (em setores que dispõem de balanço hídrico);
- 4.27.** Realizar registros necessários em prontuário e formulários, com sinais vitais e o estado geral do menor.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1.** Recomenda-se novo acesso endovenoso para infusão de hemocomponentes, na impossibilidade, avaliar as condições do acesso venoso do paciente a ser transfundido. Caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes do preparo do sistema de bolsa de hemocomponente e equipo.
- 5.2.** Imediatamente antes da transfusão, atentar-se à temperatura da bolsa, que não deve estar muito gelada, mas sim levemente resfriada. Se ainda estiver gelada, aguardar um momento antes de transfundir.
- 5.3.** Antes do início da transfusão, os hemocomponentes não permanecerão à temperatura ambiente por mais de 30 minutos.
- 5.4.** Utilizar acesso venoso exclusivo para realizar a transfusão. Não administrar concomitantemente com esta via nenhum medicamento e/ou outra substância.
- 5.5.** No caso de paciente com cateter central verificar a possibilidade de retirar ou fechar a via da medicação enquanto é realizada a transfusão.
- 5.6.** Atentar para o tempo de cada hemocomponente:
- Concentrado de Hemácias, deve ser infundido cada unidade de 1h e 30min à 2h em pacientes adultos e pediátricos, e não ultrapassar 4h;
 - Concentrado de Plaquetas, a infusão não deve ultrapassar 1h, com tempo de infusão da dose de aproximadamente 30 minutos;
 - Crioprecipitado, tempo de infusão 30 minutos a 1h; não ultrapassar 4hrs;
 - Plasma Fresco Congelado, o tempo máximo de infusão deve ser de 1h.

6. REFERÊNCIAS:

6.1. Bowden, v. R.; greenberg, c. S. (org.). **Procedimentos de enfermagem pediátrica.** 3. Ed. Rio de janeiro: guanabara koogan, 2017.

6.2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes.** 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 014/HCA
		Nº PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	CATETERISMO NASOGÁSTRICO E OROGÁSTRICO	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento da passagem de sonda nasogástrica e orogástrica no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Procedimento privativo do enfermeiro. Ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem, compete o auxílio na execução do procedimento.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Sonda nasogástrica (sonda de Levine) de calibre apropriado (nº 6, 8, 10,12, 14 ou 16);
- Gel anestésico (lidocaína gel 2%);
- Toalha ou lençol;
- Bandeja;
- Esparadrapo;
- Fita microporosa
- Seringa de 5 ml para crianças e de 10 ml para adolescentes;
- Algodão e atadura, se necessário;
- Estetoscópio;
- Bolsa coletora para drenagem não estéril de resíduo gástrico; (se necessário)
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir o nome do paciente, o procedimento a ser realizado e verificar a prescrição médica;
- 4.2. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.3. Organizar os materiais necessários para o procedimento na bandeja após desinfecção e selecionar o calibre da sonda de acordo com a idade da criança ou adolescente (vide observações);
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Explicar ao menor e/ou acompanhante sobre procedimento a ser realizado;
- 4.6. Colocar a menor posição de fowler, se possível com a cabeça ligeiramente inclinada para frente; caso o menor não possa sentar-se ou ter a cabeça elevada, mantê-la em decúbito dorsal, posicionando a cabeça, inclinando-a para frente;
- 4.7. Em casos de pacientes não colaborativos, solicitar apoio de técnico de enfermagem;
- 4.8. Proteger o tórax do menor com toalha, na ausência deste, com lençol limpo;
- 4.9. Realizar a medição da sonda: Nasogástrica: da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e desse até o apêndice xifoide e acrescentar mais dois centímetros. Orogástrica: da rima labial ao lóbulo da orelha e desse ao apêndice xifoide e acrescentar mais dois centímetros.
- 4.10. Realizar a marcação da sonda com esparadrapo ou de forma tipográfica por caneta permanente;
- 4.11. Verificar a qualidade da sonda, checando rupturas ou perviedade;
- 4.12. Aplicar o gel anestésico (lidocaína gel 2%) na extremidade da sonda;

- 4.13. Introduzir a sonda lentamente pela narina (ou boca, caso seja orogástrica) do menor fazendo movimentos unidirecionais até a marcação realizada anteriormente;
- 4.14. Solicitar que o paciente ajude no procedimento se possível, realizando movimentos de deglutição facilitando o processo de evolução da sonda;
- 4.15. Examinar a orofaringe para certificar que a sonda não está enrolada;
- 4.16. Observar se há sinais de desconforto respiratório, cianose ou tosse;
- 4.17. Confirmar posicionamento no estômago: preencher a seringa de 5 ml com 2 a 5 ml de ar (lactente e criança maior) ou 5 a 10 ml (pré-adolescentes e adolescente), conectá-la à sonda e injetar o ar, auscultando simultaneamente o ruído estridente na região epigástrica (rebordo subcostal à esquerda no abdome) com o estetoscópio. Após o teste retirar o ar injetado;
- 4.18. Pode-se, também, confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico e observando-o seu aspecto;
- 4.19. Fixar a sonda no nariz do menor utilizando fita microporosa;
- 4.20. Identificar dispositivo (data, hora, numeração da sonda e nome do profissional);
- 4.21. Deixar menor confortável;
- 4.22. Organizar ambiente e unidade do paciente;
- 4.23. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.24. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.25. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.26. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.27. Realizar anotação de enfermagem no prontuário (qual narina foi introduzida a sonda, testes de posicionamento, numeração da sonda, intercorrências, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento).

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Avaliar o aspecto e mensurar o volume do resíduo drenado antes de iniciar a dieta.
- 5.2. Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos, principalmente, quando o paciente estiver apresentando episódios de êmese, queda do nível de saturação de oxigênio e tosse persistente.
- 5.3. Calibre de sonda recomendado, conforme idade: nº6 e nº8 para lactentes (29 dias a 2 anos) nº08 e nº10 para pré-escolares (2 a 4 anos) nº10 e nº12 para escolares (5 a 11 anos), nº12 e nº14 para adolescentes.
- 5.4. Trocar fixação diariamente ou quando encontrar-se suja e não aderente, atentando-se para colocação de fita esparadrapo na demarcação abaixo da entrada da narina evitando-se obstrução de passagem de ar.
- 5.5. Observar as condições da narina a ser sondada. Caso encontre resistência ao progresso da sonda ou haja dúvidas quanto à sua localização ou o paciente apresentar dispneia, cianose ou tosse, a sonda deve ser imediatamente retirada.
- 5.6. Em pacientes com suspeita de trauma de base de crânio, realizar a sondagem via oral.
- 5.7. Contraindicações: estenose de esôfago (situações especiais-sangramento recentes, varizes calibrosas e tortuosas); Câncer de esôfago com obstrução; Paciente agitado, devido risco de trauma; Trauma facial com fraturas (principalmente inserção nasal). Nos casos de pacientes com desvio de septo importante; Traumatismo em base de crânio; Obstrução intestinal mecânica; Vômitos incontroláveis.
- 5.8. Se necessário restringir as mãos da criança com auxílio de luvas de contenção (algodão e atadura), para impedi-la de retirar a sonda como em casos de agitação motora, quadros de confusão mental, entre outros.
- 5.9. A periodicidade de troca deverá seguir protocolo institucional da CCIH.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. SOUZA, A.B.G. **Manual Prático de Enfermagem Pediátrica**/Aspásia Basile Gesteira Souza. -1ª ed - Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- 6.2. Vittalle – **Revista de Ciências da Saúde** v. 33, n. 1 (2021) 9-28.

6.3. Universidade Federal de Alagoas . Procedimentos operacionais padrão (pop)-ufal **inserção de sonda enteral em criança e adolescente.** Versão: 1, alagoas, 2022.

6.4. OLIVEIRA. R. G. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. p. 420-426
Resolução cofen nº 619/2019: normas para atuação da equipe de enfermagem na sondagem oro/nasogástrica e nasoentérica.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 015/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CATETERISMO NASOENTERAL	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento da passagem de sonda nasoenteral em crianças e adolescentes no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Procedimento privativo do enfermeiro. Ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem, compete o auxílio na execução do procedimento.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (jaleco profissional ou avental descartável, máscara facial, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro);
- Bandeja;
- Sonda nasoenteral de calibre apropriado (nº 6, 8, 10, ou 12);
- Gel anestésico (lidocaína gel 2%);
- Toalha ou lençol limpo;
- Cuba rim ou bandeja;
- Seringa de 5ml ou 10ml conforme idade;
- Álcool à 70%;
- Estetoscópio;
- Esparadrapo hipoalergênico para marcação e fixação;
- Algodão e atadura, se necessário;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir o nome do paciente, o procedimento a ser realizado e verificar a prescrição médica;
- 4.2. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.3. Organizar os materiais necessários para o procedimento em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% (ou cuba rim) e selecionar o calibre da sonda de acordo com a idade da criança ou adolescente;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Explicar ao menor e/ou acompanhante sobre procedimento a ser realizado;
- 4.6. Colocar o menor em posição de fowler, se possível com a cabeça ligeiramente inclinada para frente, caso o menor não possa sentar-se ou ter a cabeça elevada, mantê-la em decúbito dorsal, posicionando a cabeça inclinada para frente;
- 4.7. Em casos de pacientes não colaborativos, solicitar apoio de outro profissional;
- 4.8. Proteger o tórax com toalha ou na ausência, com lençol limpo;
- 4.9. Realizar a medição da sonda, conforme a idade da criança: menores de 1 ano: distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste ao espaço médio entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical; 1 ano de idade ou mais: distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste ao apêndice xifoide e seguir até a cicatriz umbilical, conforme biotipo do menor;
- 4.10. Em crianças maiores e adolescentes, acrescentar 10 cm a 20 cm do apêndice xifoide;
- 4.11. Realizar a marcação da sonda com esparadrapo ou de forma tipográfica por caneta permanente;

- 4.12. Verificar a qualidade da sonda, checando rupturas ou perviedade, com a manipulação do fio guia na sonda;
- 4.13. Em caso de crianças maiores e adolescentes, explicar e solicitar que o mesmo ajude no procedimento se possível, realizando movimentos de deglutição facilitando o processo de evolução da sonda;
- 4.14. Lubrificar a ponta da sonda com gel anestésico (lidocaína gel 2%);
- 4.15. Introduzir a sonda lentamente pela narina da criança fazendo movimentos unidirecionais;
- 4.16. Introduzir a sonda até a marcação realizada anteriormente;
- 4.17. Se tosse, cianose e sinais de estimulação vagal, tais como bradicardia e apneia retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente;
- 4.18. Averiguar posicionamento correto da sonda em região gástrica: posicionar o estetoscópio no quadrante superior esquerdo (região epigástrica) e, usando seringa de 5 ml com 2 a 5 ml de ar (lactente e criança maior) ou 5 a 10 ml (pré-adolescentes e adolescente), conectá-la à sonda e injetar o ar, e auscultar o ruído produzido pela entrada de ar. Após o teste, retirar o ar injetado;
- 4.19. Pode-se, também, averiguar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico e observando-o seu aspecto;
- 4.20. Retirar o fio-guia após a passagem correta, se sonda radiopaca;
- 4.21. Fixar a sonda no nariz do menor utilizando esparadrapo;
- 4.22. Identificar dispositivo (data, hora, numeração da sonda e nome do profissional);
- 4.23. Aguardar a migração da sonda para duodeno;
- 4.24. Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.25. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.26. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.27. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante
- 4.28. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.29. Encaminhar o menor ao raio-x (ou solicitar para realização no leito, conforme condição clínica) para confirmação do posicionamento da sonda, após 2h;
- 4.30. Realizar anotação de enfermagem no prontuário (qual narina foi introduzida a sonda, numeração da sonda; intercorrências, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura do profissional que realizou o procedimento).

5. ORIENTAÇÕES:

- 5.1. Se necessário restringir as mãos da criança com auxílio de luvas de contenção (algodão e atadura), para impedi-la de retirar a sonda como em casos de agitação motora, quadros de confusão mental, entre outros.
- 5.2. O controle radiológico para visualizar a sonda é obrigatório e deve ser realizado antes da administração da dieta. Os testes auscultatórios isolados não permitem a liberação da dieta.
- 5.3. Lavar a sonda com água filtrada, antes e após administração da dieta ou medicações.
- 5.4. O fio guia não deve ser utilizado para empurrar, reposicionar ou desobstruir a sonda pelo risco de perfuração da sonda, do esôfago, estômago e do intestino.
- 5.5. Sondas nasogástricas são contraindicadas em caso de crianças com fratura na base do crânio.
- 5.6. Observar obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais.
- 5.7. Após verificar se o paciente tem alguma obstrução nasal, selecionar a narina, observar, também, se existe desvio de septo, o que poder- dificultar a passagem da sonda.
- 5.8. Calibre de sonda recomendado, conforme idade: nº6 e nº8 para lactentes (29 dias a 2 anos) nº08 e nº10 para pré-escolares (2 a 4 anos) nº10 e nº12 para escolares (5 a 11 anos), nº12 e nº14 para adolescentes.
- 5.9. A periodicidade de troca deverá seguir protocolo institucional da CCIH.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Bowden, V.R.; Greenberg, C.S. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
- 6.2. Município de Itajaí. **Sondagem nasoenteral pediatria**. Procedimento operacional padrão. Edição 05/2021.

6.3. Oliveira, R. G. Blackbook Enfermagem. **Guia prático de enfermagem: Técnicas de Enfermagem.** 2016.

6.4. Duarte, J. M.M. **Análise da concordância da ausculta epigástrica e mensuração do pH na confirmação do posicionamento de sonda nasoenteral.** Ribeirão preto, 2020.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 016/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

1.1. Padronizar o procedimento de cateterismo vesical de alívio em paciente pediátricos internados no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Procedimento privativo do enfermeiro, que deve ser auxiliado por técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (Máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Mesa de mayo/ mesa auxiliar;
- Cuba redonda;
- Gaze estéril;
- Luvas estéreis;
- Gel anestésico estéril;
- Clorexidina aquosa à 2%;
- Biombo;
- 01 sonda vesical de alívio (nelaton) de tamanho apropriado;
- Campo fenestrado estéril;
- Sabão neutro e água;
- Recipiente coletor de urina.
- Álcool à 70%.

3. PROCEDIMENTOS:

3.1. Conferir o nome do paciente e o procedimento a ser realizado;

3.2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP nº01;

3.3. Reunir o material em uma bandeja limpa, previamente desinfetada com álcool à 70% e levar ao leito do menor;

3.4. Organizar o material sobre a mesa auxiliar ou mesa de Mayo, previamente desinfetada com álcool à 70%;

3.5. Paramentar-se com EPI's;

3.6. Explicar o procedimento ao menor e/ou ao acompanhante;

3.7. Promover um ambiente tranquilo e privativo ao menor (Ex: utilizar biombos);

3.8. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

3.9. Posicionar o paciente: menor do sexo feminino: na posição ginecológica; menor do sexo masculino, em decúbito dorsal e pernas levemente afastadas sobre o leito, expondo a região perineal;

3.10. Quando necessário, solicitar apoio de técnico de enfermagem para posicionamento do menor;

3.11. Verificar as condições de higiene de região perineal, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;

3.12. Após higiene íntima, descartar luvas de procedimento e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;

- 3.13. Abrir materiais de sondagem, de forma estéril, solicitar apoio de técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
- 3.14. Colocar a clorexidina aquosa à 2% em cuba redonda para assepsia e pacotes de gaze sobre o campo estéril;
- 3.15. Calçar as luvas estéreis;
- 3.16. Realizar a antisepsia da região perineal com a solução antisséptica aquosa à 2%, utilizar uma gaze para cada movimento;
- 3.17. Em caso de paciente masculino, proceder a antisepsia segurando o pênis com a mão não dominante e tracionar o prepúcio expondo a glândula e o meato uretral, mantendo o pênis à 90° (uma gaze entre a luva e a pele ajudará a evitar deslizamentos). Iniciar pelo meato urinário, glândula e corpo do pênis no sentido da glândula para a raiz peniana; retirar o excesso do antisséptico com gaze seca;
- 3.18. Em menor do sexo feminino, separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante, com a mão dominante, fazer antisepsia usando movimentos únicos com gaze embebida em clorexidina aquosa à 2% em movimentos de cima para baixo, descartando cada unidade após o movimento, repetindo o mesmo procedimento com as demais gazes até limpar toda região;
- 3.19. Realizar troca de luvas estéreis;
- 3.20. Colocar o campo fenestrado estéril de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- 3.21. Lubrificar a sonda com lidocaína gel estéril; solicitar apoio de técnico e/ou auxiliar de enfermagem para não ocorrer contaminação;
- 3.22. Introduzir lentamente a sonda uretral já lubrificada previamente com o anestésico no meato urinário;
- 3.23. Em meninas, primeiro afastar os grandes lábios com os dedos polegar e indicador e visualizar o meato uretral, segurar a sonda com a mão dominante e introduzi-la com cuidado para baixo, mantendo a extremidade distal enrolada nos dedos. Introduzir a sonda até refluir urina. Quando isso ocorrer, introduzir mais um centímetro. Em meninos, segurar o pênis, elevá-lo, tracioná-lo para baixo, segurar a sonda com a mão de domínio e introduzi-la com cuidado;
- 3.24. Coletar o volume urinário dentro do recipiente coletor;
- 3.25. Retirar delicadamente a sonda e secar a região com as gazes, ao término do fluxo urinário;
- 3.26. Coletar amostra de urina para exame quando solicitado;
- 3.27. Medir o volume urinário e descartar a urina em lixo infectante;
- 3.28. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 3.29. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 3.30. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 3.31. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 3.32. Registrar o procedimento realizado em prontuário.

4. OBSERVAÇÕES:

- 4.1. Em caso de o cateter entrar no trajeto vaginal, retirá-lo da vagina, limpar o meato urinário novamente e inserir um novo cateter estéril no meato uretral.
- 4.2. Se ocorrer a quebra da técnica asséptica durante procedimento, substituir as luvas contaminadas ou todo o pacote estéril de sondagem e recomeçar.
- 4.3. Para adolescentes pode-se optar por sondas de 10 ou 12 f; crianças: 6 ou 8 f; lactentes: 6f.

5. REFERÊNCIAS:

- 5.1. Peixoto, A F. Monte, Gc; Alves, M F. **Cateterismo Vesical de Alívio**. Procedimento operacional padrão pop, versão 1, emissão 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/aceso-a-informacao/procedimento-operacional-padrao/divisao-de-enfermagem/2022/pop-027-cateterismo-vesical-de-alivio.pdf>. Acessado em 08/02/2024.
- 5.2. Hockenberry, m. J. Wilson, david. Rodgers, c. C. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 10ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 017/HCA
		Nº PÁGINAS: 03
TÍTULO DO DOCUMENTO	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de cateterismo vesical de demora, no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Procedimento privativo do enfermeiro, que deve ser auxiliado por técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI. (Máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Mesa de mayo/ mesa auxiliar;
- Bandeja;
- Luvas estéreis;
- Campo fenestrado estéril;
- Gaze estéril;
- Lidocaína gel;
- Água e sabão;
- Clorexidina Aquosa à 2%;
- Bolsa Coletora;
- Cuba redonda para assepsia;
- Água destilada (ampola de 10 ml);
- Agulha 40x12;
- Seringa de 5ml ou 10 ml;
- Micropore e esparadrapo;
- Sonda vesical de silicone (foley nº 6,8,10, 12);
- Marcador textual ou fita adesiva colorida;
- Álcool a 70%;
- Biombo.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Conferir o nome do paciente e o procedimento a ser realizado;
- 4.2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.3. Reunir o material em uma bandeja limpa previamente desinfetada com álcool à 70%; e levar ao leito do paciente;
- 4.4. Organizar o material sobre a mesa auxiliar/mesa de Mayo, previamente desinfetada com álcool à 70%;
- 4.5. Paramentar-se com EPI's;
- 4.6. Explicar o procedimento ao menor e/ou ao acompanhante;
- 4.7. Promover um ambiente tranquilo e privativo ao menor (Ex: utilizar biombos);
- 4.8. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

- 4.9.** Posicionar o paciente: menor do sexo feminino: na posição ginecológica; menor do sexo masculino, em decúbito dorsal e pernas levemente afastadas sobre o leito, expondo a região perineal. Quando necessário, solicitar apoio de técnico de enfermagem para posicionamento de menor;
- 4.10.** Verificar as condições de higiene de região perineal, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- 4.11.** Retirar as luvas de procedimento, e higienizar as mãos com álcool à 70%;
- 4.12.** Abrir materiais de sondagem, de forma estéril, solicitar apoio de técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
- 4.13.** Colocar a clorexidina aquosa a 2% em cuba redonda para assepsia e pacotes de gaze sobre o campo estéril;
- 4.14.** Calçar as luvas estéreis;
- 4.15.** Com auxílio do técnico ou auxiliar de enfermagem, realizar aspiração de água destilada contida na ampola por meio de seringa acoplada à agulha (40x12) o volume recomendado por fabricante da sonda e deixá-la posicionada sobre o campo estéril;
- 4.16.** Realizar a antisepsia da região perineal com a solução antisséptica aquosa a 2%, utilizar uma gaze para cada movimento;
- 4.17.** Em menor do sexo feminino, separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante, com a mão dominante, fazer antisepsia usando movimentos únicos com gaze embebida em clorexidina aquosa a 2% em movimentos de cima para baixo, descartando cada unidade após o movimento, repetindo o mesmo procedimento com as demais gazes até limpar toda região;
- 4.18.** Em caso de menor do sexo masculino, proceder a antisepsia segurando o pênis com a mão não dominante e tracionar o prepúcio expondo a glândula e o meato uretral, mantendo o pênis à 90° (uma gaze entre a luva e a pele ajudará a evitar deslizamentos), iniciar assepsia pelo meato urinário, glândula e corpo do pênis no sentido da glândula para a raiz peniana; retirar o excesso do antisséptico com gaze seca;
- 4.19.** Realizar troca de luvas estéreis;
- 4.20.** Colocar o campo fenestrado estéril de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- 4.21.** Conectar a sonda na bolsa coletora de urina de sistema fechado, (em casos de sondas com presença de fio guia, retirá-lo após introdução de sonda em meato uretral);
- 4.22.** Lubrificar o cateter vesical com lidocaína gel estéril de uso único (ou primeiro uso da bisnaga) na ausência de bisnaga de uso único, utilizar lidocaína gel 2%, desprezando sempre o primeiro jato, colocar em gaze estéril quantidade suficiente para lubrificar sonda;
- 4.23.** No adolescente homem, poderá ser introduzido o gel anestésico diretamente na uretra, através da seringa de 10ml ou 20 ml;
- 4.24.** Introduzir o cateter vesical com a mão dominante, utilizando técnica asséptica de forma cuidadosa e suave. Em meninas, primeiro afastar os grandes lábios com os dedos polegar e indicador e visualizar o meato uretral, segurar a sonda com a mão dominante e introduzi-la com cuidado para baixo, mantendo a extremidade distal enrolada nos dedos. Introduzir a sonda até refluir urina. Quando isso ocorrer, introduzir mais um centímetro;
- 4.25.** Em meninos, segurar o pênis, elevá-lo, tracioná-lo para baixo, segurar a sonda com a mão de domínio e introduzi-la com cuidado, até refluir urina (é prudente introduzir a sonda até o final antes de insuflar o balão para evitar risco de lesão da uretra);
- 4.26.** Observar a drenagem de urina pelo cateter e/ou sistema coletor;
- 4.27.** Insuflar água destilada no balonete, conforme tamanho da sonda, indicado pelo fabricante;
- 4.28.** Tracionar delicadamente a sonda para verificar sua fixação;
- 4.29.** Retirar o campo, sem violar o sistema de drenagem fechada;
- 4.30.** Fixar o cateter em face interna de coxa do paciente (feminino) e na região suprapúbica (masculino), tendo o cuidado para não tracionar o cateter, utilizar micropore e esparadrapo para fixação;
- 4.31.** Fixar a bolsa coletora na parte lateral do leito, distante da cabeceira, mantendo-a sempre abaixo do nível da pelve;
- 4.32.** Identificar bolsa coletora com data, hora e nome do profissional, além de indicar com marcador textual ou fita colorida adesiva 2/3 (equivale a 1.300 ml), de capacidade de enchimento de bolsa coletora sinalizando limite no qual diurese deverá ser desprezada;

- 4.33. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.34. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.35. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.36. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.37. Registrar o procedimento realizado em prontuário;
- 4.38. Controlar e registrar o volume diário de urina, bem como as características da diurese.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Cuidados com a sonda: verificar o calibre da sonda compatível com a uretra e não forçar sua introdução.
- 5.2. Em caso de o cateter entrar no trajeto vaginal, retirá-lo da vagina, limpar o meato urinário novamente e inserir um novo cateter estéril no meato uretral.
- 5.3. Verificar se o clamp da extensão da bolsa coletora está aberto.
- 5.4. Não desconectar a sonda da bolsa coletora, se isto ocorrer trocar todo o sistema, inclusive a sonda.
- 5.5. Realizar higienização perineal e do meato urinário três vezes ao dia com água e sabão ou clorexidina aquosa; além da higienização da limpeza de extensão da sonda foley com água e sabão. Não recomenda-se utilizar álcool 70% na extensão devido ressecamento do látex da sonda.
- 5.6. Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga para permitir melhor drenagem e evitar o refluxo.
- 5.7. Esvaziar a bolsa coletora de modo a evitar o acúmulo de urina maior que 2/3 da sua capacidade. Durante o esvaziamento, a extremidade de saída da urina não deve tocar o recipiente coletor.
- 5.8. Realizar a troca da sonda nos seguintes casos: obstrução do cateter ou do tubo coletor, violação ou contaminação do cateter, mau funcionamento do cateter ou em casos de infecção do trato urinário, o caso de paciente com infecção do trato urinário.
- 5.9. A coleta de urina para exames deve ser realizada com a aspiração da amostra através do dispositivo de coleta, após desinfecção com álcool 70%.
- 5.10. A prática de testar a insuflação do balão de uma sonda de demora não é mais recomendada, tendo em vista que a insuflação/desinsuflação precoce do balão pode levar à formação de sulcos, potencializando a causa de traumatismo durante a inserção.
- 5.11. Para adolescentes pode-se optar por sondas de 10 ou 12 f; crianças: 6 ou 8 f; lactentes: 6f.
- 5.12. Realizar check-list de inserção de CVD e check-list de manutenção de CVD, quando disponível.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Universidade Federal De Goiás. Procedimento/rotina. **Cateterismo vesical**. Versão: 02. Emissão: 11/2020. Acessado em 25/01/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/governanca/pops-e-protocolos/gerencia-de-atencao-a-saude/5POPCateterismoVesical.pdf>. Acessado em 05/02/23.
- 6.2. Hospital Das Clínicas .Faculdade De Medicina De Botucatu – unesp. Pop ge 034 – **sondagem vesical de demora feminina e masculina**. Revisão nº: 05. 2019. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2023/09/POP-GE-034-Sondagem-Vesical-de-Demora-Feminina-e-Masculina.pdf>. Acessado em 06/02/23.
- 6.3. A. L. C. Ogliari e R. C. dos Santos. **Sondagens**. Vittal. v. 33, n. 1 .2021.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua

REVISÃO:

Coordenação Geral

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 018/HCA
		Nº PÁGINAS: 02
TÍTULO DO DOCUMENTO	NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)	EMISSÃO: 05/08/2024
		VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de instalação de nutrição parenteral total (NPT) no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. A competência da administração da Nutrição Parenteral é de responsabilidade do enfermeiro. Aos técnicos de enfermagem competem: auxiliar o enfermeiro; comunicar qualquer intercorrência advinda da terapia nutricional parenteral; manter cuidados com a via de administração, anotação no prontuário sobre o procedimento e ou intercorrências quanto à nutrição.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual (Luvas de procedimentos, touca, máscara cirúrgica, jaleco ou avental);
- Prescrição médica;
- Bomba de infusão;
- Bandeja ou cuba rim;
- Equipo de bomba de infusão;
- Bolsa com a solução de nutrição parenteral;
- Pacote de gaze estéril;
- Álcool 70%.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1.** Receber a NPT da farmácia, conferir no rótulo da embalagem o nome do paciente, volume total, validade e observar a integridade da embalagem e a homogeneidade da solução;
- 4.2.** Realizar desinfecção da bancada com álcool líquido 70% e separar bandeja previamente desinfetada;
- 4.3.** Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.4.** Retirar da embalagem a bolsa de NPT e conferir os dados do rótulo com a prescrição médica;
- 4.5.** Romper os lacres, conforme orientação do fabricante;
- 4.6.** Conectar o equipo à bolsa preenchendo a câmara de gotejamento e passando a solução através do equipo, retirando o ar da extensão e protegendo a extremidade;
- 4.7.** Fixar na bolsa da NPT as seguintes informações (data e horário do início da infusão, nome do profissional que instalou a NPT);
- 4.8.** Reunir material em bandeja e paramentar-se com os EPI's;
- 4.9.** Dirigir-se ao menor e acompanhante para explicar o procedimento;
- 4.10.** Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.11.** Verificar a via de infusão e as condições do cateter;
- 4.12.** Programar a bomba infusora, colocar a bolsa no suporte e o equipo no circuito do sistema da bomba;
- 4.13.** Abrir o pacote de gazes e calçar luvas de procedimento;
- 4.14.** Fazer a desinfecção com gaze estéril e álcool a 70% no local das conexões vasculares, fazendo movimentos de fricção mecânica por 15 segundos e conectar o equipo a extremidade da conexão do cateter;
- 4.15.** Abrir o controlador de fluxo (pinça) do equipo e iniciar a infusão;

- 4.16. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.17. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.18. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.19. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.20. Checar procedimento na prescrição médica e relatar início e término de infusão.

5. ORIENTAÇÕES:

- 5.1. A NPT pode ser instalada em acesso venoso periférico, porém observando a concentração de glicose que deve ser menor ou igual a 12,5% e osmolaridade até 900mosm/l. Porém soluções com osmolaridade superior a 600 mosm/l podem causar flebite em veias periféricas, para isso necessita de avaliação multiprofissional.
- 5.2. Se a bolsa estiver sob refrigeração, retirá-la de 1 à 2 horas antes da geladeira e colocá-la em local limpo e protegido de acidentes da luz (antecedência necessária para que a bolsa atinja a temperatura ambiente, ou seja cerca de 15 a 30°. C). Quando em temperatura ambiente as bolsas de NPT tem validade de 24h.
- 5.3. A NPT deve ser infundida em via exclusiva. Em casos excepcionais da utilização da via para administração de qualquer outra solução injetável, deve ser realizada após consenso com a equipe médica.
- 5.4. Interrupções abruptas de NPT devem ser discutidas com equipe médica para melhor conduta, pelo risco de hipoglicemia de rebote, sendo recomendado ocorrer de forma gradual, conforme avaliação de cada paciente.
- 5.5. Medicamentos como anfotericina, ampicilina, carbenicilina, gentamicina e canamicina são incompatíveis com a solução de NPT.
- 5.6. Trocar o equipo a cada utilização de nova bolsa e a sua conexão deve ser realizada conforme o rigor asséptico.
- 5.7. Alterações no quadro clínico do paciente após instalação de NPT, pausar imediatamente; acionar médico de plantão, se constatado reação adversa inerente à NPT, descartar bolsa.
- 5.8. Atenção ao interromper a NPT para transporte de paciente para procedimento diagnósticos, sob risco de hipoglicemia, obstrução e contaminação do cateter, vencimento da bolsa e não administração de toda terapia nutricional.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Brasil. Conselho federal de enfermagem (cofen). Resolução nº 277, de 16 de junho de 2003. **Dispõe sobre a ministração de nutrição parenteral e enteral.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2772003_4313.html. Acesso em 05/01/2024.
- 6.2. Matsuba, c.s.t; Serpa, l.f; Ciosak, s.i. **Terapia nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem.** São paulo: martinari, 2014.
- 6.3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Protocolo clínico. **Nutrição parenteral em Pediatria.** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/7PRT.DMED.001NutrioParenteralemPediatria.pdf>. Acessado em 05/02/2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:
Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:
Enfermeira: Giselle Costa Mourão.
CCIH:
Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:
Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR**



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 019/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	PUNÇÃO VENOSA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar o procedimento de punção venosa no Hospital da Criança e do Adolescente;
- 1.2. Orientar a equipe de enfermagem na inserção de um cateter em trajeto venoso periférico, para manutenção de uma via de acesso na infusão de soluções ou administração de medicamentos (contínua ou intermitente).

2. RESPONSÁVEIS:

- 2.1. Auxiliares de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja ou cuba rim;
- Gaze ou algodão;
- Garrote;
- Dispositivo intravenoso, compatível com a rede venosa do paciente; dispositivo intravenoso flexível (20G, 22G, 24G,) ou dispositivo com cânula metálica (23G, 25G e 27G);
- Álcool a 70% ou clorexidina solução alcoólica 0,5%;
- Adesivo para fixação do cateter (curativo transparente semipermeável estéril);
- 1 dispositivo a ser conectado ao cateter (torneirinha de três vias/Three-way ou equipo extensor de duas ou mais vias);
- Seringa;
- flaconete de soro fisiológico 0,9% de 10ml;
- Foco de luz, se necessário.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool à 70%;
- 4.3. Selecionar os materiais para a punção venosa periférica (atentar para escolha do tamanho do dispositivo adequado);
- 4.4. Abrir a embalagem do cateter e do perfusor de forma estéril, deixando-o protegido;
- 4.5. Preencher o dispositivo (torneirinha ou extensor) com soro fisiológico 0,9% e mantendo a seringa com a solução acoplada;
- 4.6. Calçar luvas de procedimento;
- 4.7. Posicionar o menor em decúbito dorsal de modo confortável, com a área de punção exposta, se necessário, utilizar foco de luz para melhor visualização;
- 4.8. Garrotear acima do local de inserção proposto (aproximadamente 5cm a 10cm) para melhor visualização da veia;
- 4.9. Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% ou clorexidina alcoólica a 0,5%, no sentido do proximal para distal, três vezes esperar secar sem tocar;
- 4.10. Inspeccionar e avaliar rede venosa, sem tocá-la na pele, para auxiliar na escolha do ponto de início da punção;

- 4.11. Posicionar a ponta do dispositivo, com o bisel voltado para cima, sobre a veia selecionada em ângulo de 30° a 45° da pele;
- 4.12. Distender delicadamente a pele com o polegar da mão não-dominante, abaixo do local da punção;
- 4.13. Introduzir o cateter no interior da veia, reduzindo a angulação da agulha até que ela fique paralela à pele do paciente;
- 4.14. Prosseguir inserindo a agulha até que haja refluxo de sangue no interior da câmara distal do dispositivo;
- 4.15. Ao visualizar o refluxo sanguíneo, introduzir apenas o cateter segurando o mandril (agulha metálica), não permitindo que este seja introduzido com o cateter (se jelco);
- 4.16. Estabilizar o cateter com uma mão e soltar o garroteamento com a outra mão;
- 4.17. Retirar o guia do dispositivo sobre agulha;
- 4.18. Acoplar o extensor ou torneirinha preenchido com soro fisiológico à 0,9% conjugado à seringa ao cateter;
- 4.19. Testar o fluxo do acesso venoso, injetando o soro fisiológico à 0,9% e observando o local da punção. Se observar infiltração do acesso ou obstrução total do cateter, remover o cateter e repetir o procedimento com outro dispositivo;
- 4.20. Estabilizar o dispositivo mantendo técnica asséptica, realizar a fixação adequada com adesivo disponível (recomenda-se curativo transparente);
- 4.21. Identificar acesso periférico (data, tipo/nº do dispositivo, hora do procedimento, nome do profissional);
- 4.22. Manter ambiente organizado e menor confortável no leito;
- 4.23. Descartar os materiais perfurocortantes em caixa de perfurocortantes;
- 4.24. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.25. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.26. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante
- 4.27. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.28. Registrar no prontuário as informações pertinentes, assinar e carimbar.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço. Evite a área anticubital.
- 5.2. Para crianças menores de 3 anos também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé.
- 5.3. Não é indicado punções em região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite e necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados.
- 5.4. Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico.
- 5.5. Uso de scalpe é para medicação imediatas sem previsão de manutenção de acesso.
- 5.6. Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Situações emergenciais devem ser avaliadas com equipe multiprofissional para obtenção de novo acesso.
- 5.7. Realizar a desinfecção dos conectores com álcool a 70% antes de manuseio e administração de medicações.
- 5.8. A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente: Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno.
- 5.9. Realizar o flushing (injetar/lavar com soro fisiológico) antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações. Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.
- 5.10. Preferencialmente, indica-se o curativo transparente semipermeável estéril, fitas adesivas não estéreis como micropores e esparadrapo não são ideais para estabilização ou cobertura de cateteres,

devido a risco de contaminações por microrganismos patogênicos. Realizar troca imediatamente, em casos de sujidades nas coberturas.

5.11. Em pacientes pediátricos não é necessário trocar o cateter rotineiramente, porém, é preciso manter boas práticas como: observar e avaliar frequentemente o local de inserção, integridade da pele e de cobertura e permeabilidade do dispositivo. Em casos de cobertura com fitas adesivas que dificultam visualização do sítio de inserção, seguir periodicidade de troca, conforme protocolo da CCIH.

5.12. Complicações frequentes: hematomas, trombose, flebite (mecânica, química, bacteriana e pós transfusional), infiltração, extravasamento, infecção local, tração acidental do cateter,

6. REFERENCIAS:

6.1. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Boas Práticas na Obtenção e Manutenção do Acesso Venoso Periférico em Pediatria.** Rio de Janeiro, 31 jan. 2021.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

Enfermeira: Andrea Brito.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 020/ HCA Nº PÁGINAS: 04
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de aspiração de vias aéreas visando mobilizar e eliminar secreções por aplicação de uma pressão subatmosférica por uma sonda estéril, utilizando sistema aberto, no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas.

2.2. Resolução COFEN 557/2017: pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional enfermeiro.

2.3. Os pacientes em Unidades de Repouso/Observação, Unidades de Internação, considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

2.4. Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de Proteção Individual-EPI's (gorro, máscara PFF2 quando indicado, óculos de proteção, avental ou capote não-estéril);
- Bandeja
- Luvas estéreis;
- Sonda de aspiração endotraqueal estéril de calibre adequado para o menor;
- Aparelho de aspiração portátil ou fonte de ar comprimido/vácuo conectado em rede;
- Frasco coletor de secreções;
- Látex (extensão);
- Ampola de 10 ml de água destilada;
- Ampola de 10 ml de soro fisiológico 0,9%, quando for recomendado o uso;
- Gaze estéril;
- Reanimador manual (ambú) conectado a fonte de oxigênio;
- Oxímetro;
- Álcool à 70%
- Estetoscópio.

4. PROCEDIMENTOS:

- **Aspiração de secreções oro nasofaríngeas**

4.1. Higienização das mãos, conforme POP nº 01;

4.2. Separar material em bandeja previamente desinfetada com álcool à 70 %;

4.3. Escolher a sonda de calibre adequado;

4.4. Paramentar-se com os EPI's;

4.5. Explicar procedimento para menor e acompanhante;

- 4.6. Monitorar sinais vitais e realizar ausculta pulmonar utilizando estetoscópio, avaliando condição clínica do menor, observando saturação, com o oxímetro;
- 4.7. Posicionar o menor em posição de semi-fowler ou fowler; se não houver contraindicação;
- 4.8. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.9. Calçar luvas procedimento;
- 4.10. Abrir a embalagem da sonda de aspiração, de modo a expor apenas a parte que será conectada ao circuito de aspiração;
- 4.11. Conectar a sonda ao intermediário (extensão) do aspirador;
- 4.12. Manipular a sonda com a mão dominante;
- 4.13. Com a outra mão ligar o aspirador ou solicitar apoio de outro profissional;
- 4.14. Pinçar a extensão, para que não haja sucção;
- 4.15. Com a mão dominante introduzir lentamente a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada, sem que haja sucção), até que encontre alguma resistência. Nesse momento, pode haver ação do vácuo, enquanto a sonda é retirada da cavidade nasal, removendo a secreção concomitantemente;
- 4.16. Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Este procedimento de entrada e retirada da sonda deve durar no máximo 10s, em pediatria recomenda-se 5s;
- 4.17. Quando possível, estimular o paciente a tossir para ajudar a soltar as secreções;
- 4.18. Repetir o procedimento, se necessário;
- 4.19. Limpar a sonda entre uma aspiração e outra com gaze estéril quando esta encontrar-se suja;
- 4.20. Repetir aspiração nasal, quando necessário, e em seguida iniciar aspiração orofaríngea, com a mão dominante introduzir a sonda de aspiração na cavidade oral (pinçada) e abrir quando estiver introduzida ou até que encontre alguma resistência;
- 4.21. Ocluir o vácuo (látex) e retirar a sonda lentamente;
- 4.22. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando a condição respiratória do menor;
- 4.23. Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- 4.24. Lavar a extensão de látex com água destilada, ao final do procedimento e sempre que necessário;
- 4.25. Após completar as aspirações, desconectar a sonda do látex cuidadosamente, proteger a abertura do intermédio com invólucro estéril e retirar a luva sobre a sonda enrolada, desprezando-a em lixo infectante;
- 4.26. Deixar menor confortável no leito;
- 4.27. Monitorizar sinais vitais;
- 4.28. Desparamentar-se, descartar luvas em lixo infectante;
- 4.29. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.30. Realizar as anotações no prontuário, e possíveis intercorrências anotando características da secreção aspirada.
 - **Aspiração traqueal: (tubo orotraqueal- tot ou traqueostomia-tqt)**
- 4.31. Higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.32. Paramentar-se com EPI's;
- 4.33. Reunir todo o material e colocar próximo ao menor;
- 4.34. Posicionar o menor em posição de semi-fowler ou fowler, se não houver contraindicação;
- 4.35. Avaliar condições gerais do paciente e realizar ausculta pulmonar;
- 4.36. Abrir a embalagem da luva estéril de maneira asséptica;
- 4.37. Preparar material em campo estéril, o que inclui abertura cuidadosa da embalagem da sonda conforme calibre escolhido dentro do invólucro interno das luvas cirúrgicas, mantendo distância para não contaminar, posiciona-los em local apropriado, não sobre leito do menor;
- 4.38. Calçar luvas estéreis;
- 4.39. Avaliar necessidade de realizar pré-oxigenação do menor através do ventilador mecânico (caso o menor esteja sob uso de ventilação mecânica invasiva - vmi) ou ambu;
- 4.40. Caso o menor esteja conectado ao ventilador mecânico, desconectar o circuito com mão não dominante ou solicitar ajuda de outro profissional;
- 4.41. Introduzir delicadamente a sonda clampeada com a mão dominante (estéril) no orifício interno de TQT ou TOT até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação;

- 4.42. Proceder à aspiração girando a sonda com movimentos circulares durante em torno de 5 a 10 segundos;
- 4.43. Avaliar necessidade de umidificar secreção (fluidificar, quando indicado, utilizar SF 0,9% ou água destilada);
- 4.44. Acoplar o ventilador ao TOT ou TQT, retornando à ventilação mecânica (com auxílio de outro profissional);
- 4.45. Realizar a ausculta pulmonar bilateral após a realização do procedimento e monitorar sinais vitais, se necessário repetir procedimento;
- 4.46. Após completar as aspirações, desconectar a sonda do látex cuidadosamente, lavar extensão com água destilada, desligar o aspirador e proteger ponta de extensão com involucro estéril;
- 4.47. Despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;
- 4.48. Deixar menor confortável e organizar unidade do paciente;
- 4.49. Desprezar material em local apropriado, higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.50. Higienizar as mãos, conforme POP n°01;
- 4.51. Relatar procedimento em anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Realizar a técnica de aspiração de preferência por duas pessoas, para evitar a contaminação do tubo/circuito.
- 5.2. A sequência da aspiração deve ser primeiro a aspiração endotraqueal (tubo ou traqueostomia), em segundo lugar a aspiração nasofaríngea e posteriormente a orofaríngea, porém sempre que necessário limpando a sonda com gaze estéril da parte proximal para a distal, sem contaminar.
- 5.3. Interromper o procedimento e oxigenar imediatamente o paciente caso haja queda saturação/cianose.
- 5.4. Atentar para possível resposta vagal, apneia, espasmo laríngeo e bradicardia.
- 5.5. Recomenda-se uma duração de aspiração entre 10 e 15 segundos para adolescentes e 5 segundos para pacientes pediátricos e neonatos.
- 5.6. Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-lo antes do procedimento.
- 5.7. São indicações para realização do procedimento: quando há ausculta de sons pulmonares adventícios (roncos, estertores) ou aumento do pico da pressão inspiratória no ventilador mecânico; movimentação de secreções é audível/visível durante a respiração; diminuição no volume corrente durante a ventilação com pressão ou a deterioração da oxigenação demonstrada pela queda na saturação de O₂.
- 5.8. Não é recomendada a instilação rotineira de solução salina antes ou durante o procedimento de aspiração. Estudos comprovam que as secreções não são solúveis em uma solução salina. Além disso, esta prática irá promover a migração de bactérias existentes no biofilme do tubo endotraqueal para as vias aéreas inferiores. O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Silva VN; Sampaio GS; Guedes NG; Kusahara DM; Avena MJ; Rocha PK. **Consenso de aspiração de crianças com tubo endotraqueal da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) – 2018.** Rev Soc Bras Enferm Ped. 2018.
- 6.2. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN N° 557/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html, acesso em 29 de março de 2024.
- 6.3. Sousa AS; Ferrito C, Paiva JA. **Recomendações na aspiração do tubo endotraqueal para prevenção de eventos adversos – revisão integrativa** Cadernos de Saúde 8 Vol. 10. 2018
- 6.4. Busanello J, Härter J, Bittencourt CM, Cabral TS, Silveira NP. **Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva.** J. nurs. Health. 2021.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

Responsável Técnico da Fisioterapia:

Fisioterapeuta: Ramon Santos.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen Sena.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cluede de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 021/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMIÇÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	BANHO NO LEITO	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de banho no leito no Hospital da Criança e do Adolescente, respeitando a necessidade do paciente, manutenção do conforto e estímulo da circulação.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável impermeável);
- Bandeja;
- Biombos;
- Hamper;
- Álcool à 70%;
- Jarro com água morna ou bacia;
- Sabonete líquido;
- Shampoo e condicionador;
- Gazes não estéril, algodão ou compressa;
- Toalhas;
- Creme hidratante;
- Roupas de camas e lençol;
- Fralda descartável;
- Pomada para prevenção de dermatites, quando necessário;
- Escova de cabelo ou pente.

3. PROCEDIMENTOS:

- 3.1.** Realizar a higiene das mãos, conforme POP nº01;
- 3.2.** Reunir todo material necessário em bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levar ao leito do paciente;
- 3.3.** Disponibilizar a bacia/jarro com água morna;
- 3.4.** Profissional deverá identificar-se ao menor e acompanhante e explicar o procedimento;
- 3.5.** Promover a privacidade do paciente colocando biombo;
- 3.6.** Paramentar-se com os EPI's;
- 3.7.** Remover coxins, cobertor e soltar a roupa de cama, prestando atenção para a contenção (caso faça uso) do paciente, a fim de evitar que haja perda de sonda e/ou cateteres (observar a fixação e o posicionamento dos dispositivos) e atenção durante a movimentação ou mudança de decúbito durante o banho para que não ocorra a tração desses dispositivos;
- 3.8.** Paciente em ventilação mecânica e/ou recebendo dieta enteral, a cabeceira deve ser mantida a 30°;
- 3.9.** Realizar higiene oral, conforme POP nº22;
- 3.10.** Despir o menor, sem exposição desnecessária, colocando a toalha de banho ou lençol nas áreas não trabalhadas;
- 3.11.** Verificar a temperatura da água (testar na região medial do antebraço);

- 3.12. Realizar a higiene corporal utilizando compressa com água morna e sabão líquido;
- 3.13. Avaliar a necessidade de higiene do cabelo e couro cabeludo, se necessário usar shampoo e condicionador, enxaguar com água, seque com uma toalha e penteie o cabelo;
- 3.14. Lavar o rosto e região auricular, cuidadosamente, com água e sabão;
- 3.15. Utilizar gaze ou algodão umedecido com água para limpeza de região ocular no sentido de extremidade interna da pálpebra para a externa;
- 3.16. Lavar e secar a parte anterior e posterior do pescoço, em seguida, higienize os membros superiores atentando para os ombros, axilas até os dedos; secando cada área após a higiene com uma toalha;
- 3.17. Despir região torácica e abdominal e higienizar e secar. Logo após o término, volte a cobrir as regiões;
- 3.18. Higienizar a região genital com movimentos unidirecionais, se menor do sexo feminino afastar os grandes lábios e higienizar no sentido anteroposterior, primeiro de um lado e depois do outro. Se menor masculino, tracionar o prepúcio para trás, higienizando-o em seguida com movimentos únicos e circulares, iniciando pelo meato urinário, glândula, prepúcio, corpo do pênis e região escrotal. Realizar limpeza de região perianal;
- 3.19. Realizar troca de luvas e se necessário trocar água da bacia/jarra;
- 3.20. Higienizar membros inferiores, atentando para os dedos e calcâneos, seque-os;
- 3.21. Retirar a toalha ou lençol e posicionar o paciente em decúbito lateral;
- 3.22. Lavar e secar a região dorsal, glútea e região posterior de membros inferiores;
- 3.23. Realizar limpeza do colchão com algodão ou compressa com desinfetante de nível intermediário com auxílio de outro profissional;
- 3.24. Colocar um lençol limpo, conforme técnica. O lençol deve ser estendido no sentido do menor e sendo esticado conforme for retirando o lençol sujo, posicionando também lençol móvel;
- 3.25. Mudar o decúbito do paciente;
- 3.26. Retirar a outra metade do lençol e o desprezar em hamper e continuar limpeza do colchão com produto desinfetante de nível intermediário;
- 3.27. Finalizar a troca do lençol esticando as bordas de modo que não fiquem dobras sob o paciente e fixe suas pontas para não sair do lugar, posicionar coxins;
- 3.28. Colocar fralda descartável, quando necessário;
- 3.29. Monitorizar menor;
- 3.30. Cobrir o paciente com um lençol;
- 3.31. Deixar o paciente confortável no leito, levantar a grade do leito e organizar unidade do paciente;
- 3.32. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 3.33. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 3.34. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 3.35. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 3.36. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do menor, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de lesão por pressão, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

4. OBSERVAÇÕES:

- 4.1. Evitar a exposição desnecessária do menor, mantendo-o aquecido, sempre que possível.
- 4.2. O banho no leito deverá ser realizado por dois profissionais de enfermagem, principalmente quando se tratar de pacientes graves, com restrição de movimentos.
- 4.3. Em pacientes graves, o banho precisa ser avaliado por equipe multiprofissional. Em algumas situações de gravidade, a higienização completa não é recomendada.
- 4.4. Colocar roupas sujas no hamper e não os jogar em pisos (no chão).
- 4.5. Atentar para a prevenção de acidentes em caso de menor com cateteres venosos, drenos, traqueostomias, entre outros dispositivos, avaliando-as suas fixações.
- 4.6. Fazer a desinfecção da cama, mobília e equipamentos da unidade do paciente com pano umedecido com um produto desinfetante de nível intermediário.

4.7. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das proeminências ósseas, para a prevenção de lesão. Observar a integridade das placas aderidas à pele, retirá-las quando não íntegras. (ex: placas de hidrocoloide).

4.8. Hidratar pele do menor, utilizar creme hidratante quando necessário. Averiguar presença de dermatites e utilizar pomada própria.

4.9. Evitar molhar demasiadamente o menor e o leito, pelo risco de hipotermia, de translocação de micro-organismos e de encharcamento do colchão.

4.10. Utilizar princípios da ergonomia e da biomecânica para executar a atividade, prezando a segurança do menor e prevenção de danos à saúde do trabalhador de enfermagem.

5. REFERÊNCIAS:

5.1. : Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV. **Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa.** Rev baiana de enfermagem. 2018.

5.2. 4. Potter P, Perry. **Fundamentos de Enfermagem.** 8ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Enfermeira: Kátia Rosana Soares Ribeiro.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

UCLP:

Enfermeira: Darline Balieiro dos Santos.

CCIH:

Enfermeira: Andrea Moraes Brito.

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 022/HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMIÇÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	HIGIENE ORAL	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de higiene oral no Hospital da Criança e do Adolescente, em pacientes conscientes e inconscientes.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Espátula abaixadora de língua;
- Toalha/compressa/papel toalha;
- Escova dental (compatível com a indicação clínica e idade);
- Copo com água potável;
- Pasta de dente;
- Sonda de aspiração de calibre apropriado;
- Aspirador;
- Gluconato de clorexidina 0,12%;
- Gazes;
- Cuba rim;
- Seringa, se necessário;
- Hidratante labial, se necessário.

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;

4.2. Separar material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool a 70%;

4.3. Paramentar-se com os EPI's;

4.4. Reunir material próximo ao menor e explicar procedimento ao menor e ao acompanhante;

4.5. Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do menor;

4.6. Levantar ligeiramente ou totalmente a cabeceira do leito, lateralizar a cabeça em casos de pacientes inconscientes, conforme indicações clínicas;

4.7. Apoiar a cuba rim próximo à região mentoniana (abaixo do queixo) do menor;

- **Pacientes conscientes, porém com limitações para realizar procedimento e pacientes inconscientes:**

4.8. Avaliar a presença de alterações bucais (lesões, sangramento, mobilidade dental, presença de próteses);

4.9. Proceder higiene oral do menor usando gluconato de clorexidina 0,12%, utilizando gaze umedecidas, envolta da espátula abaixadora de língua;

4.10. Remover as sujidades das estruturas intrabucais. Executar movimentos suaves, especialmente nas áreas de gengivas e língua, sem empregar força manual;

- 4.11. Fazer movimentos a partir da margem gengival em direção às superfícies dentárias vestibulares e em seguida realizar esse movimento nas faces linguais ou palatinas de todos os dentes;
- 4.12. Realizar este passo em todas as estruturas moles e duras presentes na boca: mucosa jugal; parte internados lábios; gengiva; palato; dorso da língua; rodets gengivais; e tubo orotraqueal (TOT) e/ou sonda;
- 4.13. Enxaguar a cavidade bucal com água, utilizando um copo ou seringa de irrigação, para remover a solução gluconato de clorexidina 0,12%, concomitantemente, realizar aspiração da cavidade oral, (utilizar sonda de calibre apropriado, ver POP nº 20);
- 4.14. Realizar a escovação dos dentes remanescentes, se houver, utilizando uma escova dental macia e pasta de dente com flúor para realizar a escovação dos dentes em movimentos suaves e circulares. Escovar todas as superfícies dos dentes, incluindo a região gengival;
- 4.15. Enxaguar novamente a cavidade bucal com água filtrada, utilizando um copo ou seringa de irrigação, para remover a solução antisséptica bucal;
- 4.16. Realizar aspiração da cavidade oral, (utilizar sonda de calibre apropriado, ver POP nº 20) posteriormente instilar água e aspirar para remover o líquido e espuma;
- 4.17. Enxugar lábios com papel toalha ou gaze limpa;
- 4.18. lubrificar os lábios com hidratante labial.
- **Pacientes em condições de realizar os procedimentos:**
- 4.19. Auxiliar o menor durante a escovação;
- 4.20. Avaliar cavidade oral do paciente e a capacidade para segurar e manipular a escova de dentes;
- 4.21. Colocar a pasta de dentes na escova em uma pequena quantidade;
- 4.22. Oferecer a água para o enxague e cuba para eliminar os resíduos;
- 4.23. Orientar a escovação dos dentes, gengiva e língua, com movimentos circulares e de cima para baixo;
- 4.24. Oferecer papel toalha para enxugar os lábios e quando necessário, lubrificá-los com hidratante labial;
- 4.25. Em ambas condições/situações, após término de procedimentos, deixar menor confortável no leito;
- 4.26. Guardar o material de uso individual do menor;
- 4.27. Desparamentar-se, desprezar luvas em lixo infectante, se contato com fluidos corpóreos.
- 4.28. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.29. Realizar anotações de enfermagem, constando: aspecto da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Pacientes com plaquetopenia e/ou em uso de anticoagulantes precisam ser submetidos a uma higienização oral cuidadosa, para evitar sangramentos.
- 5.2. Caso seja detectado alguma anormalidade (lesões, coloração, infecções, más condições dentárias), comunicar imediatamente o enfermeiro e médico plantonista.
- 5.3. Em caso de paciente que apresente sialorreia, sempre realizar o procedimento com aspirador de secreções montado para remover o excesso de líquido da cavidade oral e evitar a broncoaspiração.
- 5.4. A falta de higienização da cavidade oral pode contribuir para o início de patologias orais ou para a evolução de infecções bucais pré-existentes.
- 5.5. Em pacientes sob ventilação mecânica e portadores de sonda orogástrica e enteral, realizar a higiene do TOT e das sondas com gaze estéril umedecida com água destilada estéril ou filtrada ou clorexidina aquosa 0,12%.
- 5.6. Atentar para aferição da pressão de cuff e observar a posição de tubo antes de se iniciar a higiene bucal em pacientes intubados.
- 5.7. A higiene bucal em pacientes intubados/extubados, deve ser realizada no mínimo duas vezes ao dia, de acordo com a rotina estabelecida pela equipe de saúde.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. : Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV. **Banho no leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa.** Rev baiana de enferm. 2018.
- 6.2. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Higiene bucal de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva.** 2019.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 023/HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CURATIVO DE ACESSO CENTRAL – CVC	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVOS:

1.1. Padronizar o curativo de acesso venoso central no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja/ cuba rim;
- Biombo
- Carrinho auxiliar para curativo ou mesa de mayo;
- 01 par de luvas estéreis;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Gaze estéril;
- Álcool a 70%;
- 01 curativo filme transparente estéril;
- Fita hipoalergênica e esparadrapo;
- Caneta;

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do paciente;

4.3. Posicionar material em carrinho auxiliar para curativo;

4.4. Paramentar-se com os EPI's;

4.5. Explicar ao menor e acompanhante o procedimento a ser realizado;

4.6. Colocar biombo para preservar o paciente, se necessário;

4.7. Manter menor em posição adequada (supino, semi-fowler ou fowler) de acordo com área a ser exposta;

4.8. Higienizar as mãos, retirar curativo anterior, com auxílio de mão enluvada não estéril, observar o aspecto da gaze retirada e descartar em lixo infectante;

4.9. Descartar luvas de procedimentos;

4.10. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;

4.11. Abrir materiais para realização de curativo, com técnicas assépticas e deixá-los posicionados em campo estéril, não posicionar sobre leito;

4.12. Calçar luvas estéreis;

4.13. Inspeccionar sítio de inserção, verificando a presença de sinais flogísticos ou anormalidades;

4.14. Realizar antisepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5% do óstio de inserção do cateter para periferia, em movimentos circulares, repetindo o procedimento, pelo menos três vezes;

4.15. Aguardar para secagem do antisséptico;

4.16. Realizar antisepsia das extensões e conexões com álcool à 70% (scrub the hub);

- 4.17. Realizar oclusão de CVC com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica ou utilizar curativo filme transparente estéril sobre o cateter, quando este estiver limpo, sem sinais flogísticos;
- 4.18. Identificar curativo em local distante da inserção do cateter: nome do profissional, data e hora;
- 4.19. Deixar menor confortável no leito e organizar unidade do paciente;
- 4.20. Desprezar material em local apropriado e higienizar bandeja com álcool a 70%, guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.21. Desparamentar-se;
- 4.22. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.23. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Nos curativos realizados com gaze, fita hipoalergênica ou esparadrapo, realizar a troca de curativo a cada 24 horas, ou antes se apresentar sujidade, má aderência, sangramento ou umidade.
- 5.2. Nos curativos com filmes transparentes, recomenda-se a troca a cada 7 dias ou quando for necessário.
- 5.3. Se observado extravasamentos de fluidos, infiltração sempre interromper a infusão e comunicar o médico plantonista.
- 5.4. Avaliar, no mínimo, uma vez ao dia o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto.
- 5.5. No caso de exteriorização de parte do CVC ou observação de sinais flogísticos na região de inserção do cateter, comunicar o profissional médico responsável imediatamente.
- 5.6. Avisar a equipe médica, caso a fixação do cateter esteja solta.
- 5.7. Realizar scrub the hub (desinfecção de conexões), utilizando álcool à 70% com movimentos giratórios de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos antes de acessar os cateteres, conectores e ejetores laterais.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Ministério Da Saúde – Anvisa. **Medidas de Prevenção de Infecção Associada à Assistência à Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**; p: 125-129; 2017.
- 6.2. Dias TO, Assad LG, Paula VG, Almeida LF, Moraes EB. **Boas práticas na manutenção do cateter venoso central em tempos de COVID-19: um estudo observacional**. Rev Bras Enferm. 2022

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucielle Gleyce Ferreira Pádua

REVISÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Leylane Lopes Iwabuchi Dias.

Enfermeira: Ketlen Sena

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 024/ HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de curativo de traqueostomia no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Luva estéril;
- Fixador para cânula de traqueostomia (cadarço);
- Pacotes de gaze estéril;
- Espuma de poliuretano com fenestra, se disponível;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina aquosa 0,2%;
- Sonda de aspiração, se necessário;
- Aspirador, se necessário;
- Álcool;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- 4.3. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.4. Explicar ao menor e ao responsável o procedimento a ser realizado;
- 4.5. Manter menor em posição adequada (supino, semi-fowler ou fowler);
- 4.6. Realizar aspiração traqueal, se necessário, de acordo com o POP nº20;
- 4.7. Retirar gaze anterior com auxílio de mão enluvada não estéril, observar o aspecto e descartar em lixo infectante;
- 4.8. Descartar luvas de procedimentos;
- 4.9. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.10. Abrir materiais para realização de curativo, com técnicas assépticas e deixá-los posicionados em campo estéril;
- 4.11. Calçar luvas estéreis;
- 4.12. Umedecer as gazes com solução escolhida (soro fisiológico 0,9% ou clorexidina aquosa 0,2%);
- 4.13. Realizar a limpeza da região do traqueostoma com gazes umedecidas de dentro para fora;
- 4.14. Secar a área com gaze estéril;
- 4.15. Colocar uma gaze dobrada de cada lado do traqueostoma entre a cânula e a pele ou utilizar um curativo específico (espuma de poliuretano com fenestra);
- 4.16. Firmar a cânula, retirar a fixação de traqueostomia anterior;

- 4.17.** Fixar a cânula com o fixador (cadarço) limpo passado por uma abertura lateral de um lado, por trás do pescoço e pela outra abertura lateral do outro lado, depois amarrar as pontas com um nó firme em uma das laterais do pescoço;
- 4.18.** Ao trocar a fixação (cadarço) certifique-se de deixar o espaço equivalente a um dedo indicador entre o cadarço e o pescoço, para não apertar;
- 4.19.** Deixar menor confortável no leito;
- 4.20.** Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.21.** Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.22.** Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.23.** Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.24.** Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1.** Se a cânula for metálica realizar limpeza de subcânula diariamente ou sempre que notar a presença de sujidade. Remover e limpar a subcânula com água e sabão líquido com auxílio de cotonete ou escova CPL, com gaze até remoção de toda sujidade e crostas. Secar a subcânula e reintroduzir a subcânula na cânula e travar em encaixe apropriado.
- 5.2.** Trocar a fixação do traqueostoma e gaze diariamente e/ou quando houver necessidade.
- 5.3.** Inspeccionar o local da inserção da cânula, integridade da pele, sinais flogísticos, sangramento, deiscência na incisão e eficácia da fixação da cânula, qualquer alteração, comunicar o médico.
- 5.4.** A aspiração da traqueostomia deve ser realizada sempre que necessário, por sinais de obstrução, como respiração ruidosa, secreção visível na saída da cânula, desconforto do paciente, achados da ausculta respiratória.
- 5.5.** Se a fixação estiver muito apertada a pele poderá ser lesionada, se ele estiver muito folgado, por outro lado, pode fazer com que a cânula se solte e saia do orifício.
- 5.6.** A decanulação acidental é uma complicação potencialmente fatal e a substituição diária da fixação por pessoas devidamente capacitadas pode evitá-la. Menores agitados e pouco cooperativos precisam de cuidado redobrado, quando necessário solicitar auxílio de outro profissional para realizar troca de fixação.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Guia de enfermagem na Atenção Primária à Saúde /** Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2. ed.. – Brasília (DF) : Secretaria de Estado da Saúde, 2022.
- 6.2. Protocolo de Assistência de Enfermagem.** Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas. Campinas, 2015. 55 p. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/FO1236_manual_assist_enfermagem_SAD_Campinas_12_2015.pdf>. Acesso em: 12/04/2024.
- 6.3. Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa. Orientações para pacientes traqueostomia.** Disponível em: < <https://accamargo.org.br/sites/default/files/2018-07/manual---traqueostomia.pdf> >. Acesso em: 12/04/2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 025/ HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CURATIVO DE GASTROSTOMIA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o curativo de gastrostomia no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Carrinho auxiliar para curativo;
- Luva estéril;
- Fita hipoalergênica;
- 01 pacote de gaze estéril;
- Clorexidina aquosa ou solução fisiológica 0,9%;
- Álcool 70%;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- 4.3. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.4. Explicar ao menor e ao responsável o procedimento a ser realizado;
- 4.5. Manter menor em posição adequada (supino, semi-fowler ou fowler);
- 4.6. Calçar luvas de procedimentos;
- 4.7. Retirar curativo anterior com auxílio de mão enluvada não estéril, observar o aspecto da gaze retirada e as características do periestoma, se há ou não sinais flogísticos e descartar em lixo infectante;
- 4.8. Descartar luvas de procedimentos em lixo infectante;
- 4.9. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.10. Abrir materiais para realização de curativo, com técnicas assépticas e deixá-los posicionados em campo estéril;
- 4.11. Calçar luvas estéreis;
- 4.12. Umedecer as gazes com a solução escolhida (soro fisiológico 0,9% ou clorexidina aquosa 0,2%);
- 4.13. Realizar limpeza em região de periestoma e secá-lo com gazes;
- 4.14. Atentar para limpeza da extensão da sonda de gastrostomia;
- 4.15. Realizar curativo oclusivo com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica, quando necessário (em casos de extravasamento de exsudatos);
- 4.16. Identificar curativo: nome do profissional, data e hora;
- 4.17. Deixar menor confortável no leito;
- 4.18. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;

- 4.19. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
4.20. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
4.21. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;
4.22. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Nos curativos realizados com gaze, fita hipoalergênica ou esparadrapo, realizar a troca de curativo a cada 24 horas, ou antes se apresentar sujidade, má aderência ou umidade.
5.2. Em caso de vazamento de líquido gástrico ou de dieta e dermatites irritativas não utilizar produtos com álcool, perfumes e cremes. Evitar utilização de óleos, pois este favorece a saída do dispositivo.
5.3. Em casos de lesões, utilizar coberturas conforme prescrição médica. Se sinais de infecção (eritema, calor, dor, edema, secreção purulenta), febre, solicitar avaliação médica.
5.4. Não promover umidade no local a fim de evitar crescimento de granuloma ou processo infeccioso.
5.5. Manter sonda (foley) sempre fixado para evitar movimentos laterais ao nível da pele e saída traumática, ou seja, manter num ângulo de 90° em relação à parede abdominal.
5.6. No caso de sondas com disco ou placa de fixação externa: a placa deve ficar em contato com parede abdominal, sem exercer pressão na pele.
5.7. Recomendado que as compressas de gaze, nos curativos do pós-operatório imediato, sejam colocadas sobre o anteparo externo, em vez de embaixo dele, para diminuir a pressão.
5.8. Na limpeza da extensão da sonda, recomenda-se utilizar água e sabão neutro.
5.9. Nas primeiras 24 horas após a inserção da sonda de gastrostomia, o anteparo externo deve ser avaliado quanto à pressão sobre a área perístoma, devido à presença de edema pós-operatório da parede abdominal.
5.10. Somente é necessário curativo/cobertura em caso de GTM com exsudato/secreção. GTM sem secreção NÃO precisa de cobertura.
5.11. Em caso de saída acidental, comunicar à equipe médica, para avaliar a possibilidade de passagem de um novo cateter com urgência antes que feche o estoma, contactar cirurgião pediátrico para realização do procedimento devido risco de estenose do óstio, falso trajeto e sangramento.
5.12. Informar ao menor e ao responsável que qualquer problema relacionado a gastrostomia deve ser comunicado à equipe de plantão de forma imediata.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar.** Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
6.2. **Manual de Cuidados da Criança com Gastrostomia.** Priscila Sales de Lima / Leila Blanes / Heitor Francisco de Carvalho Gomes, 2018.
6.3. **Complicações e cuidados de enfermagem relacionados à gastrostomia:** uma revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n.5, sep./oct., 2023.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 026/ HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Orientar a equipe de enfermagem na realização de curativo em feridas de incisão cirúrgica limpa e seca no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e enfermeiros;

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (jaleco ou capote, luva de procedimento/estéril, máscara, óculos e gorro);
- Bandeja;
- Gazes estéreis;
- Carrinho auxiliar para curativos;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Álcool a 70%;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- Biombo;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do menor;
- 4.3. Posicionar material em carrinho auxiliar para curativo;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Orientar o menor e /ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
- 4.6. Organizar ambiente para o cuidado, se necessário utilizar biombo;
- 4.7. Organizar local apropriado para descarte de lixo;
- 4.8. Manter menor em posição confortável, expondo apenas área da lesão;
- 4.9. Calçar luva de procedimento;
- 4.10. Remover o curativo anterior, se necessário, umedecer cobertura para retirar sem machucar a pele;
- 4.11. Avaliar a lesão, inspecionar cuidadosamente a ferida e o tecido adjacente;
- 4.12. Descartar luvas de procedimentos em lixo infectante;
- 4.13. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.14. Abrir materiais para realização de curativo, com técnicas assépticas e deixá-los posicionados em campo estéril;
- 4.15. Calçar luvas estéreis;
- 4.16. Dobrar a gaze estéril ao meio, duas vezes;
- 4.17. Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;
- 4.18. Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9%, na ferida operatória, em único sentido;
- 4.19. Repetir a limpeza até as gazes estarem limpas e ampliar a área de limpeza, no sentido do centro para as bordas;

- 4.20. Secar no mesmo sentido que foi realizada a limpeza;
- 4.21. Dobrar as gazes ao meio e cobrir a incisão cirúrgica;
- 4.22. Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica (avaliar necessidade de cobertura);
- 4.23. Ao terminar o procedimento, deixar menor confortável no leito;
- 4.24. Identificar curativo: nome do profissional, data e hora;
- 4.25. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.26. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.27. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.28. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº01;
- 4.29. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção, sempre que possível, o procedimento deve ser feito com a presença de um segundo profissional para auxiliar o profissional principal que esteja executando o procedimento.
- 5.2. O curativo deve ser feito após o banho do paciente.
- 5.3. No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da ferida operatoria, comunique o enfermeiro e/ou médico plantonista.
- 5.4. O ideal é usar o soro fisiológico 0,9% morno (37°C), quando isso não for possível usar em temperatura ambiente.
- 5.5. Clorexidina alcoólica e álcool à 70% em ferida operatória podem causar hipersensibilidade, citotoxicidade de fibroblastose e neutrófilos e aumento da inflamação, danos às células endoteliais, retardo na contração da ferida e cicatrização demorada. Não sendo recomendado o uso.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.** Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. 2016.
- 6.2. MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasil: Brasília, 2013.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:
Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:
Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:
Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:
Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:
Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 027/ HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CURATIVO DE DRENO TORÁCICO	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o curativo de dreno torácico no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Carrinho auxiliar para curativo;
- 01 par de luvas estéreis;
- Álcool à 70%;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Gaze estéril;
- Fita hipoalergênica e esparadrapo;
- Biombo;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- 4.3. Posicionar material em carrinho auxiliar para curativo;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Explicar ao menor e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- 4.6. Colocar biombo para preservar o paciente, se necessário;
- 4.7. Manter menor em posição supino, semi-fowler ou fowler, dependendo da condição clínica do menor;
- 4.8. Calçar luvas de procedimento;
- 4.9. Retirar curativo anterior, deslocando a parte de fita microporosa com auxílio de mão enluvada não estéril, observar o aspecto da gaze retirada e descartar em lixo infectante;
- 4.10. Descartar luvas de procedimentos;
- 4.11. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.12. Abrir materiais para realização de curativo, com técnicas assépticas e deixá-los posicionados em campo estéril;
- 4.13. Calçar luvas estéreis;
- 4.14. Inspeccionar sítio de inserção, verificando a presença de sinais flogísticos ou anormalidades;
- 4.15. Umedecer as gazes com soro fisiológico 0,9%;
- 4.16. Limpar a área de inserção do dreno com solução fisiológica 0,9% em movimentos circulares de dentro para fora e não retornar na área limpa;

- 4.17. Realizar antissepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na extensão do dreno para periferia até o conector, em movimentos circulares de dentro para fora e não retornar a área limpa;
- 4.18. Aguardar para secagem do antisséptico;
- 4.19. Cobrir com gaze estéril seca;
- 4.20. Fixar com fita hipoalergênica e esparadrapo;
- 4.21. Certificando a fixação para que não haja deslocamento do dreno;
- 4.22. Identificar curativo: nome do profissional, data e hora;
- 4.23. Deixar menor confortável no leito;
- 4.24. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.25. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.26. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.27. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;
- 4.28. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Nos curativos realizados com gaze, fita hipoalergênica ou esparadrapo, realizar a troca de curativo a cada 24 horas ou antes se apresentar sujidade, má aderência, sangramento ou umidade.
- 5.2. Atentar para o tamanho e/ou apresentação do curativo que melhor se adapte, de modo que seja mínima a sobreposição na região perilesional. Excessos de esparadrapos causam incômodo/dor e lesionam a pele de pacientes.
- 5.3. Avaliar e registrar o aspecto da ferida, quantidade e a coloração do líquido drenado, e a presença de sinais flogísticos.
- 5.4. Realize o posicionamento do dreno adequando ao corpo do paciente de modo a evitar dobras. Não é recomendada a fixação na região do quadril pois durante as movimentações do paciente pode-se provocar coágulos no dreno.
- 5.5. Deve realizar a fixação de acordo com a técnica de meso e contrameso para diminuir o incômodo local do paciente e evitar tração, conforme avaliação do profissional.
- 5.6. Durante o transporte, o dreno de tórax deve ser mantido abaixo do nível do tórax do paciente e aberto. Na transferência da cama para a maca, o dreno deve ser fechado, pois nesse momento, a posição do dreno pode ser alterada e, se estiver aberto, o conteúdo do frasco coletor do dreno de tórax pode retornar para a cavidade torácica do paciente. Porém o dreno deve ser aberto logo que o paciente esteja acomodado na maca e o frasco coletor abaixo do nível do tórax do mesmo.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Cavalcanti, K.S etl al. **Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.11.nov. 2021.
- 6.2. POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 8ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 6.3. COREN – SP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo). **Boas práticas – Dreno de Tórax.** São Paulo, fevereiro de 2011.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:
Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:
Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.
Coordenação Geral:
Enfermeira: Giselle Costa Mourão.
CCIH
Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.
Médico:
Cirurgião Torácico: Fábio de Oliveira.

APROVAÇÃO:

Direção:
Enfermeira: Cluete de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 028/ HCA Nº PÁGINAS: 02
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	TROCA DO SELO D'ÁGUA DO DRENO TORÁCICO	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar a troca do selo d'água de dreno torácico no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro, jaleco ou avental descartável);
- Bandeja;
- Álcool à 70%;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Adaptador de transferência de fluidos;
- Compressa estéril;
- Recipiente adequado;
- Mesa auxiliar para curativos;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Higienizar as mãos, conforme POP nº01;
- 4.2. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- 4.3. Dispor material em mesa auxiliar para curativos;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's;
- 4.5. Observar a oscilação do dreno de tórax na extensão;
- 4.6. Fechar o clamp da extensão;
- 4.7. Retirar o frasco de drenagem da fixação da cama;
- 4.8. Abrir a tampa e segurá-la firmemente com cuidado para não contaminar a parte interna;
- 4.9. Colocar a tampa do frasco sobre a compressa estéril na bandeja;
- 4.10. Desprezar o conteúdo drenado no recipiente adequado, observando aspecto e quantidade de secreção;
- 4.11. Colocar o soro fisiológico 0,9% no frasco coletor (utilizar adaptador de transferência de fluídos) do dreno de tórax, agitar levemente para remover sujidades;
- 4.12. Desprezar todo o soro fisiológico 0,9% com sujidades do frasco coletor do dreno de tórax, em recipiente adequado;
- 4.13. Reponha o líquido com soro fisiológico 0,9% na quantidade de 300ml ou 500ml a depender do tamanho do frasco utilizado;
- 4.14. Fechar a tampa com cuidado;
- 4.15. Fazer a identificação do frasco (com data, horário, informar o uso do soro fisiológico 0,9%, volume colocado de 300ml ou 500ml e nome do profissional que executou o procedimento);
- 4.16. Fixar o frasco no leito, evitando a formação de alças ou acotovelamentos da extensão, mantendo-o sempre no nível abaixo do tórax do paciente;

- 4.17. Abrir o clamp da extensão do dreno de tórax;
- 4.18. Deixar menor confortável no leito;
- 4.19. Desprezar o conteúdo com sujidade presente no recipiente adequado diretamente no expurgo;
- 4.20. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, desprezar em lixo infectante;
- 4.21. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.22. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.23. Realizar higienização das mãos, conforme POP nº 01;
- 4.24. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Certificar-se de que o dispositivo de drenagem torácica esteja em posição vertical.
- 5.2. A oscilação da água da haste que fica imersa na água do frasco coletor, deve ser observada com frequência, principalmente após transportes e após trocas de selo d'água.
- 5.3. Pinçar o dreno enquanto realiza a troca do selo d'água para que não haja a possibilidade de o ar entrar na cavidade pleural quando menor inspirar.
- 5.4. O nível do selo d'água deve estar em 2,5 cm de altura em relação ao fundo do frasco. O que corresponde a 300 ml para frasco de drenagem com capacidade de 1000 ml e 500 ml para de frasco de drenagem com capacidade de 2000 ml.
- 5.5. A aferição do débito em pacientes estáveis na enfermaria e na UTI podem ter seu débito aferido a cada 6h ou conforme prescrição médica.
- 5.6. Realizar a troca do selo d'água a cada 24h ou sempre que estiver sujo, contaminado e caso atinja 2/3 de sua capacidade.
- 5.7. Não fixar ao leito o tubo de borracha (extensão) que conecta o dreno ao frasco de drenagem pelo risco de saída com a mobilização do paciente. Não ocluir o respiro da tampa do frasco. Verificar diariamente as conexões.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1. Cavalcanti, K.S etl al. **Cuidados de enfermagem no manuseio de drenos de tórax na profilaxia de agravos.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.11.nov. 2021.
- 6.2. COREN – SP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo). **Boas práticas – Dreno de Tórax.** São Paulo, fevereiro de 2011.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 029/ HCA Nº PÁGINAS: 04
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de reanimação cardiopulmonar no Hospital da Criança e do Adolescente garantido a identificação precoce e uma assistência eficiente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Equipe multiprofissional: Técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica/PFF2, touca, luvas de procedimento, avental);
- Reanimador de tamanho adequado (ambú);
- Desfibrilador manual ou desfibrilador externo automático;
- Gel condutor;
- Carrinho de emergência;
- Monitor multiparamétrico (eletrocardiograma (ECG) /oxímetro/pressão não invasiva);
- Prancha rígida;
- Material para intubação orotraqueal (lâminas, fio guia e laringoscópio) quando necessário;
- Aspirador;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Ao identificar a criança ou adolescente inconsciente, sem respirar ou com respiração agonizante (respiração em gasping) e sem pulso, deve-se iniciar as compressões torácicas, seguidas de abertura de via aérea e ventilação adequada;

4.2. Solicitar ajuda, acionando a equipe multiprofissional imediatamente; atentar para paramentação com os EPI's;

4.3. Retirar roupa do menor, expondo o tórax;

4.4. Posicionar menor em decúbito dorsal em superfície rígida e plana (utilizar prancha rígida);

4.5. Iniciar a RCP com a sequência C-A-B (Compressões torácicas-Abertura de vias aéreas-Ventilação);

4.6. Primeiro profissional: Iniciar as compressões, com a frequência de 100 a 120 compressões torácicas por minuto;

4.7. Segundo profissional: Promover a abertura de vias áreas do menor e iniciar a ventilação com bolsa-máscara, acoplada a rede de oxigênio e fornecer oxigênio complementar;

4.8. Reavaliar a cada 2 minutos o pulso central e realizar rodízio entre os profissionais. Se o pulso estiver ausente ou com FC inferior a 60bpm, continuar a RCP;

4.9. Terceiro profissional: aproximar o carrinho de emergência ao paciente e preparar medicação, conforme idade do paciente;

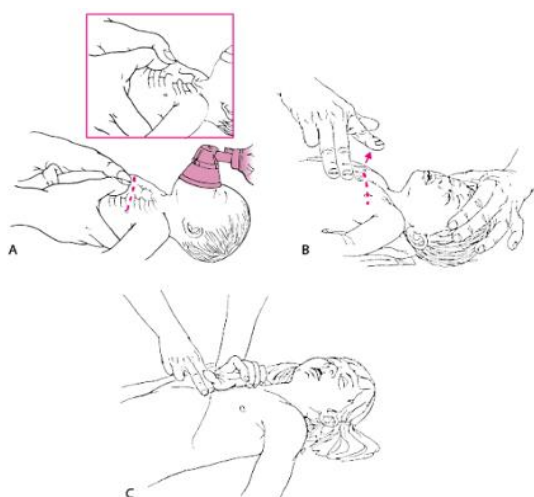
4.10. Com o auxílio de um outro profissional observar a permeabilidade do acesso venoso e deve-se preparar demais medicações e administrar a medicação conforme orientação médica. Manter as seringas com as medicações identificadas, caso o paciente não possua acesso venoso disponível, recomenda-se a instalação de acesso calibroso periférico;

4.11. Observar a monitorização do paciente e checar o ritmo;

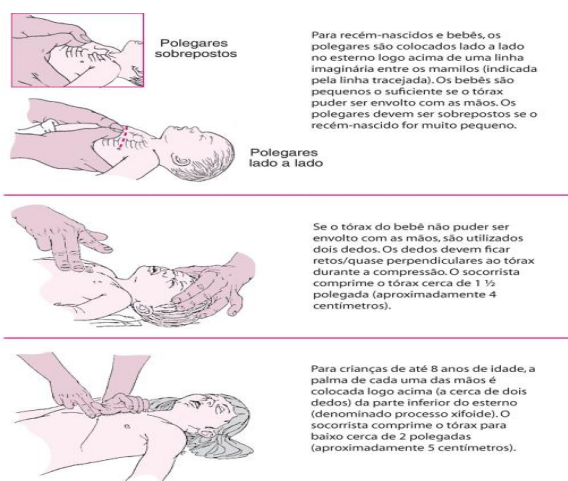
4.12. Avaliar se ritmo chocável: fibrilação ventricular e taquicardia ventricular, preparar desfibrilador;

- 4.13. Colocar gel nas pás e carregue o desfibrilador manual conforme solicitação médica para que ele possa realizar o choque;
- 4.14. Quando o médico der o comando “afastem-se todos, vou aplicar o choque”, afasta-se;
- 4.15. Caso não haja retorno do pulso, reiniciar a RCP;
- 4.16. Caso haja pulso, não retire as pás, e manter o desfibrilador ligado;
- 4.17. Atentar para preparação de material de intubação orotraqueal e de aspiração, quando necessário;
- 4.18. Após a estabilização do menor, realizar demais procedimentos necessários;
- 4.19. Realizar cuidados pós-RCP como: monitorizar o menor: pressão arterial, ECG, oximetria de pulso e temperatura; manter o controle da temperatura além das 24 horas, evitando que tenha febre; corrigir hipotensão no menor, imediatamente; coletar exames conforme rotina do setor e/ou solicitação médica; manter Sat O2 ≥ 94%;
- 4.20. Recolher perfurocortantes e desprezar em caixa de perfurocortantes;
- 4.21. Desprezar demais materiais em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, e se o paciente estiver em precauções específicas, desprezar em lixo infectante;
- 4.22. Materiais de assistência respiratória de uso único, devem ser descartados e materiais processados devem ser encaminhados para a CME após o uso;
- 4.23. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.24. Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- 4.25. Realizar anotações de enfermagem;
- 4.26. Repor material utilizado no carro de emergência, lacrar e fazer as anotações, conforme POP nº30.

Compressão torácica em lactentes e crianças

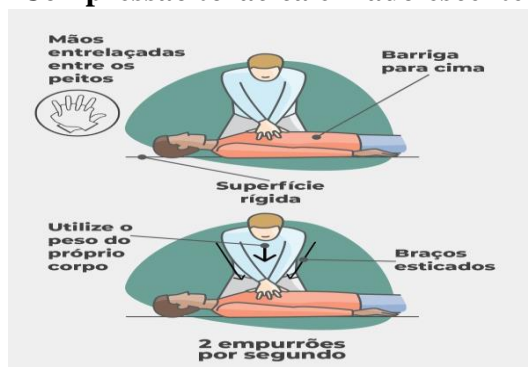


Fonte: msdmanuals



Fonte: msdmanuals

Compressão torácica em adolescente



Fonte: tuasaude

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. Circulação/Pulso: crianças até 1 ano: verificar o pulso braquial e ou femoral por 10 segundos, <60bpm, considerar parada cardiorrespiratória.

- 5.2.** Crianças a partir de 1 ano ou adolescentes: verificar pulso carotídeo menos de 10 segundos – avaliar simultaneamente movimento respiratório.
- 5.3.** Em relação à técnica de compressão, em lactentes traça-se uma linha imaginária entre os mamilos e colocam-se dois dedos logo abaixo da intermamilar, utilizando os polegares lado a lado para a compressão torácica no terço inferior do esterno, evitando-se o apêndice xifoide. Em crianças, usar uma ou duas mãos, no terço inferior do esterno, evitando-se o apêndice xifoide.
- 5.4.** A profundidade da compressão do tórax deve ser no mínimo de um terço do diâmetro anterior posterior do lactente (cerca de 4 cm) ou da criança e adolescente (cerca de 5 cm).
- 5.5.** Se estiver apenas um profissional, sem vias área avançada, utilizar a relação 30 compressões para 02 ventilações; se forem dois ou mais profissionais utilize a relação 15 compressões para 02 ventilações;
- 5.6.** Se a criança estiver com vias avançada (entubada), realizar as compressões em uma frequência de 100 a 120/min e 01 ventilação a cada 02 a 03 segundos.
- 5.7.** Não se devem pausar as compressões para aplicar as ventilações, no caso de via aérea avançada instalada.
- 5.8.** Atentar na hora de escolher uma máscara, a mesma deve cobrir desde a ponte nasal até o queixo. Uma vez com o dispositivo completo (ambu + máscara), utilizamos a técnica do “CE” para a correta vedação da máscara à face. Nessa técnica, os dedos polegar e indicador formam o “C” sobre a máscara. Os terceiro, quarto e quinto dedos foram o “E”, tracionando a mandíbula.
- 5.9.** A localização das pás deve ser na região infraclavicular à direita e na região média do hemitórax à esquerda.
- 5.10.** Ao desfibrilador analisar o ritmo. Caso seja ritmo chocável: ao aplicar primeiro choque, reinicie a RCP imediatamente por cerca de 02 minutos (avisado pelo DEA para a verificação do ritmo).
- 5.11.** Primeiro choque: 2J/kg. Segundo choque: 4J/kg. Choques posteriores $\geq 4J/Kg$, máximo de 10 J/kg.
- 5.12.** A epinefrina deve ser administrada na parada cardiorrespiratória em crianças o mais rápido possível. A dose deve ser a padrão IV/IO (0,01mg/kg), com intervalos de 3 minutos a 5 minutos.
- 5.13.** Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP testados, em boas condições de uso e em número adequado.
- 5.14.** Providenciar a troca dos equipamentos e/ou materiais em casos de falhas e se atentar para a validade do processamento e de limpeza.
- 5.15.** Equipamento utilizados em RCP, devem ser limpos após o uso, com solução de limpeza/desinfetante padronizado na instituição.

Posicionamento da máscara (ambú).



Fonte: emergenciausp

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1.** American heart association. Destaques da american heart association 2020. **Atualização das diretrizes para RCP e ACE. Circulation, 2020.** Edição em português: guimarães, hélio penna.
- 6.2.** Fundação centro de controle de oncologia do Amazonas. **Procedimento operacional padrão-POP. Auxílio de enfermagem na reanimação cardiopulmonar(suporte básico de vida) GE-ARP/26.** Disponível em: https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/POP-Alxilio-de-Enfermagem-na-Reanimacao-Cardiopulmonar-Suporte-Basico-de-Vida-GE-ARCP_26.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2024.
- 6.3.** Shira A. Schlesinger. **Reanimação cardiopulmonar (RCP) em lactentes e crianças.** Manual MSD. 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/parada-card%C3%ADaca-e-rcp/reanima%C3%A7%C3%A3o-cardiopulmonar-rcp-em-lactentes-e-crian%C3%A7as>. Acesso em 15/05/2024.
- 6.4.** São cristovão saúde. **PROTOCOLO Atendimento de Parada Cardiorrespiratória – PCR.** Disponível em: <https://www.saocristovao.com.br/wp-content/uploads/2021/06/prt.0087-atendimento-de-parada-cardiorrespiratoria-pcr.pdf>. Acesso em 16/05/2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

Médico:

Intensivista: Waldomauro Melo.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 030/HCA Nº PÁGINAS: 04
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	CONFERÊNCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

- 1.1. Padronizar o carro de emergência no Hospital da Criança e do Adolescente, garantindo o correto abastecimento de materiais e medicamentos;
- 1.2. Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus acessórios (laringoscópios e outros).

2. RESPONSÁVEIS:

- 2.1. Enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, médico.

3. MATERIAIS:

- Impressos: Check List de Materiais do carro de emergência, Controle de validade do Material de Emergência e Controle de abertura do Carro de emergência;
- Carro de emergência (Desfibrilador, ambú, laringoscópio, lâminas, Cânula de guedel, prancha de compressão, gel condutor);
- Caneta;
- Lacre de segurança numerado na cor azul e cor vermelho;
- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Compressa não estéril.

4. PROCEDIMENTOS:

• **Enfermeiro:**

4.1. Realizar a testagem funcional do laringoscópio e do desfibrilador diariamente, no início do turno de trabalho e verificar se o material no carro de emergência está completo, assinalando os seguintes itens do impresso: ambú, laringoscópio e lâmina, cânula de guedel, prancha de compressão, desfibrilador, cor e número do laque, controle de validade dos materiais (anexo ao carro de emergência), registrar e assinar em impresso próprio: **Check List de Materiais do Carro de Emergência (anexo 1)**;

4.2. Em caso de rompimento do laque, registrar o motivo (conferência mensal, intercorrência clínica ou auditoria), nos casos de intercorrência, registrar: data, paciente, motivo da abertura, hora da abertura, cor do laque e número e hora do fechamento, cor do laque e número, medicamento e material retirado, medicamento e material repostado e assinatura do responsável. Nos casos de conferência mensal e auditoria, o campo “paciente” não se aplica. Registrar: data, motivo, hora de abertura, cor do laque e número e fechamento, medicamento e material retirado e repostado, e assinatura do responsável no impresso próprio: **Controle de Abertura do Carro de Emergência (anexo 2)**;

4.3. Realizar reposição de insumos e medicamentos que foram utilizadas e registrar o número e cor do laque novo, assinar/carimbar no formulário de **Controle de Abertura do Carro de Emergência (anexo 2)**;

4.4. Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios diariamente, delegando e supervisionando o Técnico de Enfermagem escalado.

• **Técnico de enfermagem:**

4.5. Realizar limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço; (será necessário utilizar luvas de procedimentos, compressas não estéril e álcool para limpeza);

- 4.6.** Auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência após abertura;
- **Médico:**
- 4.7.** Prescrever os medicamentos utilizados no atendimento, para a reposição do carro de emergência.
- **Farmacêutico:**
- 4.8.** Realizar conferência mensalmente dos carros de emergência e preencher os impressos: **Controle de Validade do Material de Emergência (anexo 3)** e **Controle de Abertura do Carro de Emergência (anexo 2)**;
- 4.9.** Avaliar a conformidade dos materiais e medicamentos com relação à presença dos itens quantidade e validade;
- 4.10.** Observar a validade dos medicamentos e materiais, retirar aqueles que irão vencer no próximo mês, a contar da data da conferência;
- 4.11.** Garantir na conferência mensal os ajustes e manter o padrão de unidade por cada item do carro de emergência se houver necessidade;
- 4.12.** Realizar em formulário próprio o motivo da abertura, hora da abertura e registra o número e cor do laque e assinatura dos responsáveis pela conferência;
- 4.13.** Após conferência lacrar o carro com laque azul.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1.** A unidade deve manter o carro devidamente montado, organizado adequadamente, revisado, lacrado e limpo, pronto para utilização em casos de urgência.
- 5.2.** O ambú e laringo com as lâminas precisam estar fora das gavetas, pois necessitam ser testadas pelo enfermeiro a cada plantão, mantê-los em cima do carro de emergência para facilitar a funcionalidade. Atentar para não haver contaminação do material, necessitam ficar protegidos em embalagem para evitar sujidades e exposições.
- 5.3.** Controles como: Controle de validade do material de emergência; Check list de materiais do carro de emergência e controle de abertura do carro de emergência deverão estar anexo ao carrinho de emergência.
- 5.4.** Após a emergência o enfermeiro deverá repor o material utilizado, caso não seja possível toda a reposição dos materiais/medicamentos antes da passagem de plantão, o enfermeiro que recebeu o plantão deverá dar continuidade na reposição, lacrar e registrar.
- 5.5.** As gavetas do carrinho de emergência deverão estar indicadas com fitas de cores padronizadas, conforme tabela:

Gavetas	Produtos	Cores
1º Gaveta	Medicamentos	Vermelho
2º Gaveta	Materiais para Punção	Amarelo
3º Gaveta	Vias áreas	Azul
4º Gaveta	Variados	Verde

- 5.6.** Em casos de carrinhos de emergência contendo a 5º gaveta, esta será padronizada na cor branca.
- 5.7.** Usar os materiais e medicamentos apenas para uso emergencial.
- 5.8.** Realizar limpeza externa do carrinho com álcool 70%.
- 5.9.** O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente.
- 5.10.** Os laringoscópios e lâminas com mau funcionamento estrutural e lâmpada queimada deverão ser encaminhados ao setor de Engenharia Clínica.
- 5.11.** Qualquer observação registrar no verso do impresso (Controle de Abertura do Carro de Emergência) no campo específico.
- 5.12.** Cor padrão dos lacres: laque azul (completo) e laque vermelho (incompleto).
- 5.13.** Um laque novo deverá ficar disponível dentro do carrinho de emergência para ser utilizado em casos de rompimento de laque.

6. REFERÊNCIAS:

- 6.1.** Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. PAD COFEN Nº 0524/2022. **Parecer Técnico referente a Competência/vistoria e reposição do carro de Emergência.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-n-40-2022-ctas-cofen/#:~:text=Considerando%20que%20t%C3%A9cnicos%20e%20auxiliares,que%20sob%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro.> Acessado em 27/03/2024.

ELABORAÇÃO:

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Mourão.

Setor da Qualidade:

Enfermeira: Kátia Rosana Soares Ribeiro.

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

REVISÃO:

Coordenação de Enfermagem:

Enfermeiro: Maicon Serrão.

Responsável técnico da farmácia:

Farmacêutico: Danilo Hyacienth.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen Sena

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR



TIPO DE DOCUMENTO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 031/ HCA Nº PÁGINAS: 03
		EMISSÃO: 05/08/2024
TÍTULO DO DOCUMENTO	PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE	VERSÃO: 1
		PRÓXIMA REVISÃO: 05/08/2026

1. OBJETIVO:

1.1. Padronizar o procedimento de preparo do corpo após morte no Hospital da Criança e do Adolescente.

2. RESPONSÁVEIS:

2.1. Auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

3. MATERIAIS:

- Equipamentos de proteção individual-EPI's (máscara cirúrgica/ máscara PFF2-se necessário, touca, óculos, luvas de procedimento, avental);
- Bandeja;
- Algodão;
- Gazes;
- Bisturi;
- Esparadrapo;
- Atadura;
- Envoltório de tecido;
- Fichas de identificação do menor;
- Sistema de aspiração montado, se necessário;
- Biombo;
- Bacia com água e sabão, se necessário;
- Compressa de banho, se necessário;
- Lençóis;
- Hamper;
- Caneta.

4. PROCEDIMENTOS:

- 4.1. Checar se o médico constatou o óbito por escrito;
- 4.2. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;
- 4.3. Reunir material em uma bandeja previamente desinfetada com álcool à 70% e levá-lo próximo ao leito do menor;
- 4.4. Paramentar-se com os EPI's (usar máscara PFF2, se for necessário);
- 4.5. Desligar todos os aparelhos e/ou equipamentos que estejam ligados ao menor;
- 4.6. Preparar duas fichas de identificações constando: nome do menor, nome da mãe, enfermaria, leito, data e hora do óbito e nome do responsável pelo preparo do corpo;
- 4.7. Promover privacidade, utilizando biombo;
- 4.8. Posicionar o corpo em decúbito dorsal e retirar sondas, cateteres e drenos, utilizar lâmina de bisturi quando necessário;
- 4.9. Proceder à higiene do corpo, se necessário, utilizando bacia com água e sabão;
- 4.10. Realizar aspiração de vias áreas, se necessário;
- 4.11. Remover curativos e refazê-los, se for necessário, dispor de gaze e esparadrapo;
- 4.12. Fechar as pálpebras pressionando gradualmente;

- 4.13. Tamponar todos os orifícios naturais do corpo com algodão seco, de modo que ele não apareça (ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal, quando indicado);
- 4.14. Fixar mandíbula com atadura, amarrando-a no alto da cabeça, unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura para manter em posição adequada, logo em seguida, aproximar os pés e fixá-los com atadura, antes do enrijecimento cadavérico;
- 4.15. Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente e colocar um envoltório de tecido disponibilizado pela instituição sob o paciente e envolver o corpo, cobrindo-o completamente e fechando com esparadrapo, coloca-se outra etiqueta sob o envoltório, novamente na altura do tórax do paciente;
- 4.16. Quando autorizado, acionar o maqueiro para encaminhar o corpo ao necrotério;
- 4.17. Remover a roupa da cama colocando-a no hamper;
- 4.18. Reunir e entregar os pertences a família, caso esteja algum familiar presente. Se não, deixar os pertences devidamente identificados para serem entregues posteriormente;
- 4.19. Desprezar o material utilizado em local adequado, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, e se o paciente estiver em precauções específicas, desprezar em lixo infectante;
- 4.20. Realizar a desinfecção de equipamentos e demais matérias relacionados à assistência do paciente e do leito;
- 4.21. Higienizar bandeja com álcool a 70% e guardar insumos nos respectivos locais;
- 4.22. Desparamentar-se, desprezar luvas de procedimento, se contato com sangue ou fluidos corpóreos, descartar em lixo infectante;
- 4.23. Higienizar as mãos, conforme POP de nº01;
- 4.24. Realizar anotações de enfermagem.

5. OBSERVAÇÕES:

- 5.1. O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito e autorizado o procedimento.
- 5.2. Em caso de óbito de paciente em precaução, os procedimentos pós-óbito devem ser realizados ainda no quarto de isolamento com porta fechada e pelo menor número de profissionais.
- 5.3. Em RN's e lactentes não tamponar orifício perianal e vaginal, sugere-se o uso de fraldas.
- 5.4. Em caso de óstios de punção, drenos e feridas, realizar curativo oclusivo.
- 5.5. O procedimento da declaração de óbito (DO) é de responsabilidade do médico.
- 5.6. Após preenchimento adequado e liberação do prontuário, encaminhá-lo ao NIR- Núcleo Interno de Regulação.
- 5.7. Certificar-se de que a família foi devidamente informada sobre o óbito, fornecer orientações e apoio do serviço social e psicologia.
- 5.8. Em caso de pacientes em precauções específicas, como de contato, orienta-se não devolver itens pessoais para responsáveis. Orienta-se descartar em lixo infectante (exceto, objetos de valor que, se possível a desinfecção, devolver aos familiares).
- 5.9. Evitar comentários desnecessários e manter atitude de respeito ao corpo.
- 5.10. Enfermagem deverá realizar limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos utilizados na assistência à saúde. E notificar o setor de limpeza para que seja realizada a desinfecção terminal do leito, após o encaminhamento do corpo para o necrotério.

6. REFERENCIAS:

- 6.1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.
- 6.2. STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.
- 6.3. FECECON. Procedimento operacional padrão-POP. **Preparo do corpo pós morte**. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/POP-051-GE-051-PREPARO-DO-CORPO-POS-MORTE.pdf>. Acesso em: 23/04/2024.
- 6.4. Procedimento operacional padrão. **POP ENFERMAGEM HGV** 2014. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201410/HGV06_0781548a1f.pdf. Acesso em: 23/04/2024.

ELABORAÇÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Jonice Andrade de Oliveira.

REVISÃO:

Setor de Qualidade:

Enfermeira: Lucyelle Gleyce Ferreira Pádua.

Coordenação Geral:

Enfermeira: Giselle Costa Mourão.

CCIH:

Enfermeira: Ketlen de Sena Silva.

APROVAÇÃO:

Direção:

Enfermeira: Cleude de Jesus Santos Rodrigues Wanderley.



Coren^{AP}

Conselho Regional de Enfermagem - Amapá
Valorizando a Profissão

Autarquia Federal - Órgão Fiscalizador e Disciplinador do Exercício Profissional (LEI 5.905/73)
UTILIDADE PÚBLICA (LEI Nº 2.026/2012 - PMM)

DECISÃO COREN-AP Nº 134, DE 01 DE JULHO DE 2024.

Aprova documentos referentes ao gerenciamento dos processos de trabalho dos serviços de enfermagem do Hospital da Criança e do Adolescente (HCA) - Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Amapá, juntamente com o Secretário da Autarquia, no uso de suas atribuições legais e regimentais conferidas pelo Regimento Interno do COREN-AP, aprovado pela Decisão COREN-AP nº 194/2021, e;

CONSIDERANDO o art. 15, II da Lei nº 5.905/1973, que outorga aos Conselhos Regionais a incumbência de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;

CONSIDERANDO a Portaria Coren/AP nº 118/2024, que criou o Grupo de Trabalho responsável pela elaboração, implantação e análise de protocolos de enfermagem na Atenção à Saúde no âmbito do Conselho Regional de Enfermagem no Amapá;

CONSIDERANDO o Parecer Técnico nº 02/2024 que aprovou os POPs encaminhados a este regional pela Enfermeira Responsável Técnica do Hospital da Criança e do Adolescente (HCA) em Macapá;

CONSIDERANDO a aprovação unânime do Parecer Técnico nº 02/2024 na 566ª Reunião Ordinária de Plenário, ocorrida aos dias 23 e 24 de maio de 2024,


DECIDE:

Art. 1º - APROVAR os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do HCA (Hospital da Criança e do Adolescente), nos termos do Parecer Técnico 02/2024 do Grupo de Trabalho responsável pela Elaboração, Implantação e Análise de protocolos de enfermagem na Atenção à Saúde no âmbito do Conselho Regional de Enfermagem no Amapá, instituído pela Portaria Coren/AP nº 118/2024.

Art. 2º - A presente decisão entra em vigor na data de sua assinatura.

Macapá, 01 de julho de 2024.


DR. DONATO FARIAS DA COSTA
Presidente do COREN-AP
COREN - AP nº 132300-ENF DR. DIEGO


DR. DIEGO VINÍCIUS PACHECO DE ARAÚJO
Secretário
COREN - AP nº 161.667-ENF

Avenida Duque de Caxias, 1308 - Central
CEP 68900-071 - Macapá-AP - Fone (96) 3222-1461
WebSite: www.coren-ap.gov.br
E-mail: gabinete@coren-ap.gov.br