

HOSPITAL SANTO ÂNGELO

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)
UTI NEONATAL**

SANTO ÂNGELO

2021/2022

SUMÁRIO

REALIZAÇÃO DE CURATIVOS-----	PÁGINA 03 À 06
COLETA DE TESTE DE PEZINHO-----	PÁGINA 07 À 09
RETIRADA DE PONTOS-----	PÁGINA 10 À 12
ESCALA DE FOLHA-----	PÁGINA 13 À 14
AUXILIO NA DRENAGEM DE TÓRAX-----	PÁGINA 15 À 18
AUXILIO NA TORACOCENTESE-----	PÁGINA 19 À 22
TROCA OU FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL-----	PÁGINA 23 À 24
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL-----	PÁGINA 25 À 28
USO DE REDE PARA CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 29 À 30
INSTALAÇÃO DE CPAP NASAL-----	PÁGINA 31 À 33
AUXILIAR NO ALEITAMENTO MATERNO-----	PÁGINA 34 À 35
VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR-----	PÁGINA 36 À 37
VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO-----	PÁGINA 38 À 39
HEMOGLICOTESTE (HGT)-----	PÁGINA 40 À 41
ALEITAMENTO DE RECÉM NASCIDO-----	PÁGINA 42 À 44
MONTAGEM CIRCUITO RESPIRADOR-----	PÁGINA 45 À 47
REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 48 À 50
ROTINAS DAS UNIDADES-----	PÁGINA 51 À 53
INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL-----	PÁGINA 54 À 55
ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL (SISTEMA ABERTO)-----	PÁGINA 56 À 58
BANHO DO RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 58 À 61
PESAGEM DO RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 62 À 63
TROCA DE FRALDA E HIGIENE-----	PÁGINA 64 À 65
CURATIVO DO COTO UMBILICAL-----	PÁGINA 66 À 67
CONTROLE DE TEMPERATURA DO RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 68 À 69
CUIDADOS PARA EVITAR PERDA DE CALOR-----	PÁGINA 70 À 71
PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-----	PÁGINA 72 À 74
DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS-----	PÁGINA 75 À 76
ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO VIA INTRAMUSCULAR (IM)-----	PÁGINA 77 À 79
ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO VIA SUBCUTÂNEA-----	PÁGINA 80 À 82

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA-----	PÁGINA 83 À 84
TESTE DO CORAÇÃOZINHO-----	PÁGINA 85 À 86
NEBULIZAÇÃO-----	PÁGINA 87 À 89
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS NO RECÉM-NASCIDO-----	PÁGINA 90 À 92
COLETA DE SANGUE PARA HEMOCULTURA-----	PÁGINA 93 À 95
COLETA DE SANGUE ARTERIAL PARA GASOMETRIA-----	PÁGINA 96 À 97
COLETA DE SECREÇÃO OCULAR-----	PÁGINA 98 À 99
FOTOTERAPIA-----	PÁGINA 100 À 101
VISITA DE PAIS-----	PÁGINA 102 À 103
ALIMENTAÇÃO POR VIA DIGESTIVA-----	PÁGINA 104 À 106
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES-----	PÁGINA 107 À 108
BALANÇO HÍDRICO (BH)-----	PÁGINA 109 À 110
ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES DE IMAGEM-----	PÁGINA 111 À 112
PRONTUÁRIO DO RN-----	PÁGINA 113 À 115
ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE-----	PÁGINA 116 À 118
VERIFICAÇÃO DE PULSO APICAL-----	PÁGINA 121 À 122
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO-----	PÁGINA 121 À 122
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA-----	PÁGINA 123 À 125
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO ATRAVÉS DA CAMPÂNULA-----	PÁGINA 126 À 127
DESINFECÇÃO TERMINAL DA INCUBADORA-----	PÁGINA 128 À 129
DESINFECÇÃO CONCORRENTE DA INCUBADORA-----	PÁGINA 130 À 131
DESINFECÇÃO CONCORRENTE DO BERÇO AQUECIDO-----	PÁGINA 132 À 133
DESINFECÇÃO TERMINAL DO BERÇO AQUECIDO-----	PÁGINA 134 À 135
AUXILIO NA PUNÇÃO LOMBAR-----	PÁGINA 136 À 138
TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR-----	PÁGINA 139 À 141
MÉTODO CANGURU-----	PÁGINA 142 À 144
HIGIENE BUCAL-----	PÁGINA 145 À 146
HIGIENE OCULAR-----	PÁGINA 147 À 148
OXIGENIOTERAPIA VIA CATETER NASAL-----	PÁGINA 149 À 151
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA-----	PÁGINA 152 À 154
PASSAGEM DE PLANTÃO-----	PÁGINA 155 À 156

REVISÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA-----	PÁGINA 157 À 158
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO----	PÁGINA 159 À 160
ESCALA DE FOLGA-----	PÁGINA 161 À 162
TROCA DE MATERIAIS NO CME-----	PÁGINA 163 À 164
SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO AO ALMOXARIFADO-----	PÁGINA 165 À 166
CUIDADOS COM O CORPO APÓS O ÓBITO-----	PÁGINA 167 À 168
LIMPEZA DA UNIDADE-----	PÁGINA 169 À 170
TRANSPORTE INTERNO PACIENTE EM ISOLAMENTO PROTETOR-----	PÁGINA 171 À 172
TRANSPORTE INTERNO PACIENTE EM ISOLAMENTO DE GOTÍCULAS----	PÁGINA 173 À 174
TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTE EM ISOLAMENTO AÉREO--	PÁGINA 175 À 176
TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO--	PÁGINA 177 À 178
REDUÇÃO DA LUMINOSIDADE-----	PÁGINA 179 À 180
DIMINUIÇÃO NA DOR NOS PROCEDIMENTOS-----	PÁGINA 181 À 182
IMPLANTAÇÃO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICO-----	PÁGINA 183 À 186
COLETA DE SWAB DE OROFARINGE-----	PÁGINA 193 À 195
LIMPEZA TERMINAL DA ENFERMAGEM NO SETOR-----	PÁGINA 196 À 197
SONDAGEM OROGÁSTRICA E NASOGÁSTRICA-----	PÁGINA 198 À 200
REPARO E CONSERTO DE EQUIPAMENTOS-----	PÁGINA 201 À 203
SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS A FARMÁCIA-----	PÁGINA 204
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VENTRICULAR-----	PÁGINA 205 À 207
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA-----	PÁGINA 208 À 211
VENÓLISE-----	PÁGINA 212 À 215
APLICAÇÃO DE CALOR/COMPRESSA QUENTE-----	PÁGINA 216 À 219
NUTRIÇÃO PARENTERAL-----	PÁGINA 220 À 222
COLETA DE PONTA DE CATETER VENOSO CENTRAL-----	PÁGINA 223 À 226
COLETA DE SWAB OROFARINGE-----	PÁGINA 227 À 229
COLETA DE SWAB RETAL-----	PÁGINA 230 À 232
INSTALAÇÃO DE CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA-----	PÁGINA 241 À 244
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER CONECTADO AO BLENDER--	PÁGINA 238 À 240
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA ESCALA DE FUGULIN-----	PÁGINA 241 À 244

PREVENÇÃO E INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER
CENTRAL-----PÁGINA 245 À 247

CALÇAR LUVAS-----PÁGINA 248 À 250

MONTAGEM E INSTALAÇÃO DO CIRCUITO DO ÓXIDO NÍTRICO-----PÁGINA 251 À 253

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 01
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Realização de Curativos		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Consiste na realização de procedimentos com o paciente portador de feridas ou troca de curativos em cateteres, instituindo tratamento adequado, proporcionando ambiente ideal para a cicatrização.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Mesa;
- Surfic;
- Bandeja não estéril;
- Luvas de procedimento;
- Sacarose;
- Seringa de insulina 1 ml;
- Luvas estéreis;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Pacote de curativo estéril;
- Pacotes com Gaze estéril, com tamanho: 7,5cmx 7,5 cm
- Hypafix ou curativo filme;
- Atadura se necessário;
- Equipamento de proteção individual: óculos de proteção, avental e luvas de procedimento;
- Lixeira para resíduo infectante;
- Biombo, sempre que necessário.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Separar a mesa para o procedimento;
- Fazer desinfecção da mesa com compressa e surfic.
- Higienizar as mãos com álcool gel;

- Separar o material para o procedimento, colocando-o na mesa;
- Apresente-se para o acompanhante se o mesmo estiver presente no momento;
- Administrar sacarose via oral e sucção não nutritiva antes do procedimento;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento expor apenas a área a ser tratada;
- Proteger a roupa de cama com compressa ou material impermeável se necessário;
- Organizar o material de modo a otimizar o procedimento, utilizando técnica asséptica;
- Colocar EPI padrão óculos de proteção e avental.
- Higienizar as mãos com álcool gel;
- Calçar luva de procedimento;
- Remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro;
- Fisiológico a 0,9 % para facilitar a remoção;
- Desprezar a luva de procedimento;
- Calçar luva estéril;
- Realizar a limpeza de pele peri lesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
- Realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (37° C), mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida;
- Avaliar a necessidade de desbridamento e comunicar comissão de curativos;
- Se necessário, utilizar a técnica de fricção com uma gaze umedecida em soro fisiológico para remoção de exsudato, esfacelo e/ou corpos estranhos do leito da ferida, com o cuidado de realizar movimentos suaves para não traumatizar o tecido neoformado;
- Secar somente a pele ao redor da ferida e bordas com gaze 7,5 x 7,5;
- Aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida
- Aplicar cobertura secundária se necessário, podendo ser utilizada gaze seca, compressas de algodão;
- Fixar com adesivo hipoalergênico, filme, atadura ou hypafix ocluindo totalmente a cobertura secundária, considerando as condições da pele perilesional e a região anatômica da ferida;
- Identificar o curativo com a data da realização e o profissional responsável pela execução;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Realizar evolução de enfermagem assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

6. CONTRA – INDICAÇÕES

Ausência de ferida.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou de enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar no prontuário do paciente. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Ansiedade;
- Dor no local da lesão;
- Contaminação.

9. AÇÕES DE CONTRA MEDIDA

- Não comprimir demasiadamente com ataduras e hypafix o local da ferida para garantir boa circulação;
- Trocar os curativos úmidos quantas vezes forem necessárias, o mesmo procedimento deve ser adotado para a roupa de cama, com secreção do curativo;
- Quando o curativo da ferida for removido, a ferida deve ser inspecionada quanto a sinais flogísticos. Se houver presença de sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção) comunicar o enfermeiro e/ou CCIH e anotar no prontuário, caso necessário, colher material para cultura conforme técnica;
- O curativo não deve ser realizado em horário de limpeza do ambiente, o ideal é após a limpeza;
- Em feridas em fase de granulação realizar a limpeza do interior da ferida com soro fisiológico em jatos, não esfregar o leito da ferida para não lesar o tecido em formação;
- Os drenos devem ser de tamanho que permitam a permanência na posição vertical, livre de dobras e curva;
- Mobilizar dreno conforme prescrição médica;
- Comunicar o médico plantonista sobre alterações apresentadas no momento do procedimento, caso necessário o mesmo tomara as providências necessárias;
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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

Guia de tratamento de feridas. Coloplast A/S, 3050 Humlebaek, Denmark. 2012

MANUAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE: recomendações baseadas em evidências. Rita de Cássia Domansky, Eline Lima Borges. Editora Rubio – 2ª Edição: Revisada e Ampliada. Rio e Janeiro, 2014

**Elaborado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Revisado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Aprovado por:
Maristane Almeida
Gerente de Enfermagem**

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 33.13-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 02
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Coleta de Teste do Pezinho		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Detectar e tratar precocemente diversas patologias, dentre elas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Algodão;
- Luva de procedimentos;
- Agulha 20x0,55 mm;
- Álcool 70% sachê
- Cartão (Papel filtro PNTN);
- Sacarose;
- Seringa de 1 ml.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTO

- Orientar os pais do RN sobre o procedimento;
- Preencher a tabela de registros do teste do pezinho, o envelope e o papel filtro com as informações necessárias;
- O endereço e telefone da mãe do recém-nascido também devem ser colocados na parte da frente do cartão;
- Reunir, organizar os materiais necessários e preparar o ambiente;
- Realizar a higienização das mãos;

- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o recém-nascido, realizar contenção e oferecer sucção nutritiva com sacarose;
- Realizar assepsia do local de punção com sachê de álcool 70%;
- Aguardar a secagem completa do antisséptico;
- Realizar punção venosa: se utilizar agulha, posicionar o cartão próximo ao canhão da agulha, a fim de aproveitar bem o volume da gota de sangue, tanto na coleta de sangue com agulha ou seringa, lembrar que se deve colocar somente uma gota de sangue em cada círculo do cartão;
- Sempre desprezar a primeira gota de sangue, pois ela pode conter fluidos teciduais, podendo alterar o resultado do teste;
- Encostar o verso do papel-filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos) e fazer movimentos circulares com o papel, até o preenchimento de todo o círculo;
- Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel-filtro, evitando concentrações de sangue
- Só desencoste o papel do local de coleta quando todo o círculo estiver preenchido;
- Repita a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos;
- Após a coleta, confortar o recém-nascido e realizar a compressão no local da punção durante minutos ou até cessar o sangramento;
- Realizar higienização das mãos;
- Ao terminar a coleta o papel-filtro deverá ser colocado em prateleira destinada especialmente à secagem;
- Esperar 4 horas até ocorrer a secagem;
- Encaminhar para o laboratório se convênio e para secretaria de saúde se SUS.

6. CONTRA – INDICAÇÕES

• Resultados alterados necessitarão de uma nova coleta, de acordo com solicitação do Laboratório Central (LACEN). Este entrará em contato solicitando-a e fornecendo: nome da mãe, nome do recém-nascido, número do registro local e número do registro do LACEN. No caso de recoleta, os passos descritos nas etapas deverão ser repetidos, além disso, a data da recoleta e o número de registro do LACEN deverão ser informados, tanto no livro de registros do teste do pezinho, quanto no envelope e papel-filtro.

7. REGISTROS

- Realizar registros de enfermagem no prontuário;
- Após secagem completa da amostra, estas deverão ser colocadas dentro de seu respectivo envelope e encaminhada para secretaria de saúde.
- O envio de amostras para o LACEN deve ocorrer em um ou 3 dias após a coleta e o prazo máximo nunca deve ultrapassar 5 dias após a coleta.
- Checar o procedimento na prescrição médica e/ou de enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar no prontuário do paciente. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Amostra insuficiente.

9. AÇÕES DE CONTRA MEDIDA

- Orientar a família sobre a importância do exame;
- Todas as informações solicitadas no envelope e papel filtro são importantes e necessárias para que se alcance os resultados desejados;
- Escrever com letra bem legível, preferencialmente com letra de forma, evitando o uso de abreviaturas. Usar apenas caneta esferográfica a fim de garantir boa leitura.
- Torna-se imprescindível colocar informação sobre hemotransfusão; pois nestes casos o RN necessitará ser submetido a novo teste após 4 meses da data de transfusão. Caso não seja possível informar a data em que ocorreu a transfusão, assinalar a informação “não sabe”, que está disponível no envelope;
- Informar se a mãe fez uso de corticoide no cartão;
- No caso de coleta, procure repetir os dados de identificação da mesma forma que foi escrito na ficha anterior, a fim de facilitar a identificação;
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. – Brasília. Ministério da Saúde, 2016. 80p.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 03
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Retirada de Pontos		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Consiste no procedimento de remoção dos fios cirúrgicos com técnica asséptica, o qual pode ser retirada pode ser total ou alternada.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Mesa não estéril;
- Surfic;
- Compressa;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Pacote ou kit de curativo estéril contendo, preferencialmente;
- 01 pinça Kelly reta;
- 01 pinça anatômica de dissecação;
- 01 tesoura cirúrgica Spencer ou Íris romba e curv;
- Sacarose;
- Seringa de 1 ml.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Ler a prescrição do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão
- Separar a mesa para o procedimento;
- Fazer desinfecção da mesa com compressa e surfic e aguardar secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool gel;
- Separar o material para o procedimento, colocando o na mesa;
- Levar a mesa até o leito do paciente com o curativo;
- Apresentar-se para acompanhante se estiver presente;
- Administrar sacarose via oral e sucção não nutritiva;

- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Aplicar álcool gel na mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Colocar equipamentos de proteção individual;
- Posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica e os demais materiais no carro de curativos ou superfície fixa;
- Retirar o curativo anterior (se houver) remover com cuidado;
- Observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos.;
- Irrigar a área com soro fisiológico;
- Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com SF0,9%, ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa com gaze estéril;
- Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;
- Secar a ferida com gaze com auxílio da pinça cirúrgica ou com a luva estéril fazendo uma trouxa de gaze estéril seca;
- Separar uma gaze e deixá-la próxima a ferida cirúrgica, tendo como finalidade para colocação dos fios retirados;
- Utilizando a outra pinça cirúrgica em sua ausência a luva estéril
- Prender o nó da primeira sutura, a fim de expor a pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
- Cortar o fio com ponta romba da tesoura curva de sutura contra a pele, ou caso não esteja disponível utilizar uma lâmina de bisturi e cortar abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo (o fio deverá ser cortado de um só lado);
- Retirar o fio com o auxílio da pinça;
- Colocar os fios retirados sobre a gaze;
- Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada com a 2ª pinça utilizada, ou em sua ausência, a luva estéril; utilizar a trouxa de gaze estéril embebida com soro fisiológico;
- Secar a incisão cirúrgica com gaze seca;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão.

6. CONTRA-INDICAÇÃO

- Remoção dos pontos com menos que 7 dias da sutura cirúrgica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, requisitar os materiais utilizados e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Cabe reforçar que o procedimento requer a técnica asséptica.
- Recomenda-se a utilização do pacote de curativos, para segurança e qualidade do procedimento, porém em sua ausência pode-se utilizar luva estéril e lâmina de bisturi descartável para adultos;
- Nas situações em que a ferida cirúrgica apresentar-se com sinais de infecção, hemorragia, deiscência e visceração entre outros o enfermeiro deve sempre registrar no prontuário do paciente a respectiva avaliação e informar ao cirurgião para que o mesmo decida como proceder, se inviabiliza ou opta pela retirada de pontos de forma alternada(nos casos da sutura com pontos interrompidos).

10. REFERÊNCIAS

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. Parecer COREN-SP 039 /2013 – CT. Disponível em: . Acesso em 08 jan. 2021.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>	POP Nº 04
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Escala de Folga			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

A Escala Mensal de Serviço de Enfermagem é um documento oficial das Unidades Assistenciais, na qual é registrada a distribuição da equipe de enfermagem durante todos os dias do mês, segundo o turno de trabalho de cada servidor, de acordo com a carga horária semanal e mensal.

Tem a finalidade de manter a qualidade da assistência de enfermagem.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Escala de serviço de meses anteriores;
- Escala Anual de Férias;
- Calendário;
- Listagem dos servidores;
- Computador;
- Aparelho telefônico;
- Papel;
- Caneta;
- Lápis;
- Borracha;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A Chefia de Serviço deve no início do mês fazer a previsão de ausências de servidores (Férias, Licenças de Saúde, Licença de Gestação) para o mês subsequente, levantando assim o número de necessidades de coberturas;
- A Chefia de Serviço ao iniciar a escala deve calcular o número de dias úteis do mês, este será o número de dias que os servidores deverão cumprir;

- A Chefia de Serviço deve então fixar em mural escala em branco para que os servidores registrem suas preferências até o dia 08 de cada mês;
- A Chefia de Serviço com base nos dados de número de dias trabalhados, as preferências dos servidores e a previsão de afastamentos fará a distribuição dos servidores nos seus devidos turnos fazendo os ajustes necessários;
- As mudanças de turnos de trabalho e coberturas de escalas devem ser planejadas e negociadas com os servidores envolvidos, mediante autorização do Rh.
- Cuidando criteriosamente para não exceder o prazo de 07 dias trabalhados entre uma folga e outra;
- Após realizar a escala encaminhar para o Rh para a conferência, liberada a escala assinar e carimbar, digitalizar e enviar uma cópia para o e-mail do Rh;
- Antes do dia 20 de cada mês colocar a escala no mural.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Não passar de 8 dias trabalhados.

7. REGISTROS

Enviar por e-mail a escala e encaminhar para o Rh a escala original assinada e carimbada.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não há riscos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Todas as trocas devem ser autorizadas pelo RH antes de serem realizadas.

10. REFERENCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. POP Escala Mensal do Serviço de Enfermagem. Disponível em:
http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/administrativos/ESCALAS/ESCALA_MENSAL_SERV_ENF.pdf. Acesso em 17 mar2016.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: right;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 05
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Auxílio na Drenagem de Tórax		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Dar saída à coleções líquidas ou gasosas do espaço pleural, mediastino ou cavidade torácica, restaurando a pressão no espaço pleural ou reexpandindo o pulmão colapsado, restaurando a função cardio-respiratória normal, após cirurgia, traumatismo ou afecções clínicas.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Mesa auxiliar;
- Surfic;
- Compressa;
- Foco auxiliar;
- Bandeja de cateterismo;
- Drenos de tórax compatíveis com a finalidade;
- Gazes estéreis;
- Álcool sachê 70%;
- Fio de sutura mono-nylon 2,0 ou 3,0 agulhados;
- Seringa 10ml descartável para anestesia;
- Agulhas para anestesia;
- Clorexidina alcoólica a 0,5%;
- Xylocaína 2% sem vasoconstritor;
- Lâmina de bisturi de acordo com o cabo do bisturi;
- Luvas estéreis;
- Campo fenestrado;
- Máscara;
- Frascos de drenagem conforme a solicitação do cirurgião;
- Soro fisiológico ou água estéril para preenchimento do frasco de drenagem 200 ml;
- Fita adesiva;
- Recipiente;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Realizar limpeza na mesa com surfic e levar até o leito do paciente;
- Lavar as mãos corretamente;
- Abrir os pacotes com técnica asséptica;
- Preparar o paciente, posicionando-o;
Colocar o antisséptico na cuba ;
- Segurar o frasco de anestésico para o médico, realizando a antisepsia prévia com álcool 70%;
- Colocar soro ou água esterilizada dentro do frasco;
- Instalar a tampa no frasco, de modo que a haste fique submersa cerca de 1,5 a 2 cm na água ;
- Calçar as luvas;
- Após a introdução do dreno, auxiliar na conexão deste à extremidade distal do sistema, sem contaminar;
- Colar na altura-limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome no frasco de drenagem e quantos ml de água foram colocados em RN 200ml;
- Desconectar o intermediário e encaixá-lo usado e encaixá-lo ao frasco limpo;
- Retirar as pinças do dreno;
- Colar na altura-limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome de quem trocou o frasco de drenagem e quantos ml de água foram colocados;
- Encaminhar o frasco para a sala de utilidades, desprezar o conteúdo e colocar o frasco em lixo infectante, se descartável, ou para a limpeza e esterilização, se de vidro.
- Anotar no prontuário do paciente o aspecto e o volume drenado
- Após o término do procedimento, descartar os materiais perfuro-cortantes em recipiente adequado;
- Encaminhar os instrumentais para a CME e arrumar o local;
- Para a troca de frascos: quando alcançar 2/3 da capacidade do frasco.
- Lavar as mãos corretamente;
- Calçar luvas estéreis;
- Colocar máscara descartável;
- Proteger a inserção do dreno com campo estéril;
- Pinçar o intermediário realizar assepsia com álcool 70 % na conexão do dreno e intermediário ;
- Pegar novo frasco de drenagem;
- Colocar soro ou água estéril dentro do frasco;
- Instalar a tampa no frasco, de modo que a haste fique submersa cerca de 1,5 a 2 cm na água (cerca de 200 ml);
- Desconectar o intermediário e encaixá-lo usado e encaixá-lo ao frasco limpo;
- Retirar as pinças do dreno;
- Colar na altura-limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome de quem trocou o frasco de drenagem e quantos ml de água foram colocados;
- Encaminhar o frasco para a sala de utilidades, desprezar o conteúdo e colocar o frasco em lixo infectante, se descartável, ou para a limpeza e esterilização, se de vidro.
- Evoluir no prontuário do paciente o aspecto e o volume drenado.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Praticamente não existem contraindicações para a colocação de dreno torácico. Pacientes com distúrbios de coagulação merecem um cuidado maior durante a inserção do dreno. A presença de aderências pleurais algumas vezes podem complicar o procedimento e a presença de derrames loculados; normalmente necessitam de localização pré operatória das coleções;
- A colocação de dreno torácico deve ser realizada com extremo cuidado em pacientes com suspeita de lesão diafragmática. Nestes casos é recomendado que a ruptura diafragmática seja descartada antes da drenagem pleural.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, evoluir o procedimento, requisitar os materiais utilizados registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

A drenagem requer cuidados diários como realização de curativo, fixação precisa, verificação das conexões e extensões, observação do nível líquido no selo d'água, controle de drenagem e localização do dreno. É importante saber que existem complicações, dentre elas infecção, pneumotórax, hemotórax, lesão de órgãos (pulmão, diafragma, coração, fígado, baço; estômago e cólon no caso de hérnia diafragmática), edema pulmonar (edema de reexpansão pela drenagem de mais de 1500mL; vale ressaltar que se o paciente começar a tossir, é importante interromper drenagem para evitar o edema pulmonar de reexpansão) e enfisema subcutâneo.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Toda vez que houver necessidade de se elevar o frasco acima do nível do tórax do paciente (transporte, deambulação, etc), clampear os drenos;
- Manter o frasco abaixo do nível do tórax;
- O dreno não pode ficar diretamente no chão, utilizar o cordão para fixá-lo na lateral da cama;
- Trocar o frasco de drenagem quando este acumular cerca de 2/3 do volume da capacidade do frasco
- O frasco não deve ser esvaziado e reutilizado
- Ele deve ser substituído;
- Se o volume diário drenado for de 100 ml a 150 ml e a capacidade do frasco estiver próximo ao limite perguntar ao médico sobre a necessidade de troca;
- Frascos de drenagem de pneumotórax não necessitam de troca;
- Observar o funcionamento do sistema de drenagem;
- A montagem e manutenção de sistemas com dois ou três frascos devem ser orientadas pelo médico.

10. REFERÊNCIAS

REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Boas Práticas. Dreno de Tórax. São Paulo, SP. 2011. Disponível em: inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-detorax.pdf

MANUAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE: recomendações baseadas em evidências. Rita de Cássia Domansky, Eline Lima Borges. Editora Rubio – 2ª Edição: Revisada e Ampliada. Rio e Janeiro, 2014

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

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

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 06
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Auxílio na Toracocentese		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Obter amostras do líquido pleural com fins de diagnóstico ou alívio do desconforto respiratório do paciente. É indicada em situações como: alívio de derrame pleural, derrame pleural de causa não conhecida ou resposta atípica ao tratamento.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas estéreis, gorro, máscara e avental;
- Gazes;
 - Sacarose;
 - Seringa de 1 ml;
- Solução antisséptica (clorexidina alcoólica);
- Campos estéreis;
- Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor a critério médico ;
- Seringa de 10 ml;
- Cateter de cano curto (jelco) calibre a critério médico;
- Frascos para coleta de exames se necessário;
- Hypafix.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir o procedimento pela solicitação médica;
- Conferir os exames laboratoriais do paciente (coagulograma);
- Administrar sacarose e sucção não nutritiva;
- Reunir o material e levar para o leito do paciente;
- Lavar as mãos com clorexidina degermante;
- Auxiliar a demarcar o local da punção;
- Utilizar gorro, máscara, avental e luvas estéreis para realizar o procedimento;

- Utilizar gorro, máscara e luvas não estéreis para auxiliar o procedimento;
- Realizar a antisepsia da pele do hemi-tórax acometido com solução antisséptica;
- Posicionar o campo estéril;
- Anestésias: pele, tecido subcutâneo, periósteo e pleura parietal. A anestesia da pele deve ser feita com agulha fina, até atingir o espaço pleural. Com o cuidado de sempre aspirar a seringa antes da próxima injeção do anestésico, evitando deste modo a possibilidade da injeção endovenosa do mesmo, utilizando apenas o suficiente para fazer um botão anestésico;
- Retirar a agulha ao se atingir o espaço pleural, e tendo sido identificado a presença de líquido deve-se introduzir o Jelco, tomando-se cuidado para se utilizar do pertuito previamente criado;
- A punção geralmente é feita na linha posterior no 4º e 5º espaço intercostal sempre margeando a borda superior da costela para evitar o contato com o feixe neurovascular intercostal;
- Após a introdução do Jelco, o mandril deve ser removido e mantido no espaço pleural somente o cateter de plástico.;
- Conectar a seguir a seringa de 10 ml para a retirada do líquido para exames. Interromper o procedimento se o paciente apresentar desconforto respiratório, tosse ou hipotensão;
- Após o procedimento, fazer um curativo compressivo com gaze e Hypafix no local da punção;
- Retirar os EPI's;
- Lavar as mãos;
- Realizar radiografia do tórax imediatamente após a toracocentese com o objetivo de avaliar as possíveis complicações;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registrar o procedimento e aspectos do líquido removido;

6. CONTRA INDICAÇÕES

- Não existem contraindicações absolutas para a realização de uma toracocentese. Algumas situações, entretanto, merecem ser atentamente ponderadas. Na presença de lesões de pele, tais como queimaduras por radioterapia, herpes-zoster ou piodermite, a toracocentese deve ser evitada, devido aos riscos de infecção e sangramento cutâneo.
- Pacientes em ventilação mecânica, ao serem submetidos à toracocentese, podem desenvolver pneumotórax em 6% a 10% dos casos. No entanto, em todos os casos estudados o tratamento com drenagem da cavidade resolveu a intercorrência.⁽³⁻⁵⁾
- Alterações na coagulação constituem a principal contraindicação da toracocentese. Alguns autores relataram não haver aumento no risco de sangramento se o tempo de protrombina ou o tempo de tromboplastina parcial não forem maiores que duas vezes o valor normal. Da mesma forma, não foi referido aumento no risco de sangramento quando as plaquetas se apresentavam em níveis maiores que 25.000 mm³ ou mesmo em pacientes com níveis de creatinina superiores a 6 mg/dl. Não é necessária a utilização de terapêutica profilática, como transfusão de hemoderivados, em pacientes com coágulo patias leves, sem evidência clínica de sangramento.

- No entanto, para efeitos práticos, recomendamos corrigir primeiro as alterações de coagulação até níveis que permitam realizar o procedimento com segurança (plaquetas > 75.000; atividade de protrombina > 50% e creatinina < 6 mg/dl).

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Algumas complicações podem ocorrer após a toracocentese diagnóstica, sendo o pneumotórax a mais frequente. Diversos estudos prospectivos referem uma incidência entre 3% e 19% de pneumotórax iatrogênico pós-toracocentese. Apesar de não consistentemente comprovados, fatores como inexperiência do médico, uso de agulhas de grosso calibre, retirada de grandes volumes de líquido pleural, múltiplas perfurações com agulha na tentativa de encontrar o líquido pleural, presença de doença pulmonar obstrutiva crônica, toracocenteses repetidas e existência de loculações têm sido referidos como fatores de risco para o aparecimento de pneumotórax após a toracocentese. Entretanto, em um estudo nenhum dos fatores descritos, exceto toracocenteses repetidas, foi relacionado à presença de pneumotórax.

A dor pode surgir logo no início do procedimento, e pode ser corrigida com uma melhor analgesia local e eventualmente sistêmica.

O desencadeamento do reflexo vago vagal, traduzido por sudorese, desconforto geral e sensação de desmaio, também pode ocorrer após a toracocentese. Nesta situação, recomenda-se suspender o procedimento e retomá-lo posteriormente.

Hemotórax pode ocorrer quando um vaso é lacerado durante a punção, devendo-se considerar que estes casos podem ser evitados se a agulha for introduzida sempre na borda superior da costela, evitando-se assim o feixe vículo-nervoso.

Outras complicações menos frequentes são a infecção local, edema de reexpansão e lacerações hepáticas ou esplênicas inadvertidas.

A realização de radiografia de tórax imediatamente após a toracocentese com o objetivo de se avaliar a presença de possíveis complicações é controversa. Como a ocorrência de complicações é relativamente reduzida, estudos recentes questionam a necessidade de sua realização rotineira. No entanto, consideramos prudente a realização de uma radiografia de controle após a punção do espaço pleural de forma rotineira, com o objetivo de se documentar as condições pós-toracocentese.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Não é necessário que a toracocentese seja realizada em centro cirúrgico, mas deve ser preferencialmente utilizado um local limpo e reservado para pequenos procedimentos. A toracocentese pode também ser realizada à beira do leito, de forma criteriosa e na dependência da rotina de cada serviço;

- O local a ser puncionado deve ser delimitado através de um criterioso exame clínico e confirmado com uma radiografia de tórax ou ultrassonografia;
- A ultrassonografia tem indicação em situações em que o exame clínico e radiológico não é conclusivo, existe uma escassa quantidade de líquido, ou há uma suspeita de derrame pleural encistado;
- O procedimento deve ser realizado preferencialmente com o paciente sentado, com os braços e a cabeças apoiados em travesseiros, sobre um anteparo (como uma mesa) ou com a mão ipsilateral ao derrame apoiada sobre o ombro contralateral. Os pacientes submetidos à ventilação mecânica, e aqueles nos quais as más condições clínicas não permitam este posicionamento, devem permanecer deitados em decúbito lateral do lado do derrame ou semissentados no leito;
- O melhor local para se realizar a toracocentese deve ser determinado a partir da propedêutica, geralmente na região subescapular e sempre na borda superior do arco costal, para evitar o feixe vasculonervoso;
- Neonatologia : pneumotórax em RN com ventilação mecânica (estima-se que 15 a 48% dos Rn com membrana hialina evoluíram com pneumotórax), hidropsia imunogênica ou não imunogênica e a efusão pleural quilosa.

10. REFERÊNCIAS

Carmagnani MIS, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

Araujo, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira: Enfermagem na prática materno – neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Teixeira LR, Seicento M, Vargas FS. Toracocentese diagnóstica e biópsia pleural. In: Vargas FS, Teixeira LR, Marchi E. Derrame pleural. São Paulo: Roca; 2004. p. 92-102.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			POP Nº 07
	HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 33.13-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Troca ou fixação de Tubo Orotraqueal		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Fixar na pele tubo orotraqueal.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Fixação (Tensoplast);
- Solução fisiológica 0,9% ou dersani;
- Algodão;
- Sacarose;
- Seringa de 1 ml.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir todo material;
- Lavar as mãos;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Aspirar tubo orotraqueal e a boca do RN;
- Administrar sacarose e sucção não nutritiva antes do procedimento;
- Calçar a luva de procedimentos;
- Segurar o tubo, firmando o mesmo com o dedo indicador introduzindo dentro da boca do RN;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Recompôr a unidade e recolher o material;
- Evoluir no prontuário do paciente e requisitar os materiais na conta do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Conforme orientação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, requisitar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Risco de entubação na troca da fixação do TOT.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

PINTO, Deisy Mello de; SCHONS, Estela dos Santos; BUSANELLO, Josefina, COSTA; Valdecir Zavarese da. Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(5):775-782.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 33.13-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 08
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de Nutrição Parenteral		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Melhorar o estado nutricional e status ponderal do paciente; auxiliando o processo de cicatrização.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- 01 bomba de infusão;
- Equipo de nutrição parenteral;
- Nutrição parenteral;
- Luva estéril;
- Máscara descartável;
- Álcool sachê 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material;
- Colocar máscara descartável;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar o equipo na bolsa de nutrição parenteral;
- Preencher toda a extensão do equipo com a nutrição parenteral;
- Solicitar a nutrição parenteral à farmácia satélite;
- Fechar a pinça do equipo;
- Fazer antisepsia da extremidade do cateter venoso central com álcool a 70 %;
- Conectar a extremidade do equipo na extremidade do acesso venoso central, mantendo a pinça do equipo fechada;
- Adaptar o equipo na bomba de infusão;
- Conferir vazão da bomba de infusão;
- Desprezar material utilizado em local apropriado;
- Manter a unidade organizada;
- Lavar as mãos;

- Checar procedimento no prontuário.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e a evolução do paciente, quanto aos dados antropométricos, sinais vitais, balanço hídrico, glicemia, entre outros.
- Na vigência de choque pirogênico é preciso: interromper a infusão, retirar todo o sistema de infusão e bolsa de NP, comunicar o médico, anotar sinais e sintomas, procedimentos realizados e encaminhar a bolsa e o equipo à farmácias acompanhadas de relatório.
- Não utilize fontes de calor para aumentar a temperatura da NPT (como micro-ondas ou banho maria) pois o calor pode favorecer a degradação dos componentes da NPT;

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção;
- Falha na identificação do paciente e do procedimento;
- Atraso na infusão da NPT;
- Falta de registro da administração e volume no balanço hídrico da NPT;
- Degradação dos componentes da NPT (por não estar na validade, protegida da luz ou calor);
- Hipotermia (devido a infusão de solução com temperatura inferior à ambiente).

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A indicação da NPT deve ser precedida da avaliação nutricional do paciente.
- É estabelecido na Portaria n.272 que a conferência do recebimento da NPT entregue pela farmácia é de responsabilidade do enfermeiro. Ao receber a NPT da farmácia conferir com a prescrição de Nutrição Parenteral o conteúdo do rótulo: nome e RH do paciente, data e hora do preparo da solução, composição, osmolaridade, volume total, via e velocidade de infusão, prazo de validade, nome e número de registro no órgão de classe do farmacêutico. Verificar a integridade da embalagem, presença de partículas, precipitados, alteração de cor, separação de fases, corpo estranho na solução. Caso se detecte alguma alteração, a bolsa deve ser devolvida à farmácia com um relatório explicativo e registrado no relatório gerencial;
- Quando a osmolaridade for $>900\text{mOsm/l}$, utilizar somente acesso central. Abaixo desta osmolaridade pode ser administrado tanto por via central como periférica;
- Caso a NP contenha lipídios, seu aspecto é leitoso. Sem lipídios a solução é translúcida. Caso a NPT contenha vitaminas, sua coloração é amarelada e, caso não as contenha, é incolor.
- Para a solicitação da NPT de forma eletrônica o médico precisa estar cadastrado na Empresa Terceirizada (Farmacoterápica®).

- Todas as bolsas de NPT e os equipos devem ser embalados com os protetores que acompanham as bolsas (embalagem opaca).
- Este cuidado independe da incidência direta de luz natural ou artificial.
- Recomenda-se que a instalação das bolsas de NPT seja efetuada de acordo com horário de recebimento, aprazamento e validade da NPT. Quando imprescindível, a bolsa deve ser refrigerada a uma temperatura de 2 a 8°C em geladeira exclusiva para medicamentos com registro sistemático da temperatura máxima e mínima. 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 têm validade de 24h.
- É recomendada que a NPT seja retirada da geladeira com 1 a 2 horas de antecedência;
- Ressalta-se que cabe somente ao enfermeiro iniciar e encerrar a infusão de NPT. A NPT deve ser infundida em via exclusiva. Deve-se evitar o uso de torneirinhas, colheita de exames e administrações de soluções e medicamentos.
- Quando em uso de cateter de dupla ou tripla via, a NPT deve ser infundida na via distal.
- Manter a velocidade de infusão constante e conforme prescrito pelo médico. Não alterá-lo para mais ou menos para compensar atrasos ou adiantamentos no volume infundido. Qualquer infusão mais rápida que a estabelecida e volume não infundido da bolsa anterior devem ser medidos, anotados e comunicado ao médico.
- Medicamentos como anfotericina, ampicilina, carbenicilia, gentamicina e kanamicina são incompatíveis com a solução de NPT.
- Quando a pausa na administração de NP for inevitável e superior à uma hora, os níveis de glicemia devem ser monitorizados.
- Na necessidade de interromper a administração de NPT recomenda-se infundir um soro glicosado a 10% e observar os níveis glicêmicos.
- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e a evolução do paciente, quanto aos dados antropométricos, sinais vitais, balanço hídrico, glicemia, entre outros.
- Na vigência de choque pirogênico é preciso: interromper a infusão, retirar todo o sistema de infusão e bolsa de NP, comunicar o médico, anotar sinais e sintomas, procedimentos realizados e encaminhar a bolsa e o equipo à farmácia acompanhados de relatório.
- Não utilize fontes de calor para aumentar a temperatura da NPT (como micro-ondas ou banho maria) pois o calor pode favorecer a degradação dos componentes da NPT;
- Não instalar NPT em membros inferiores.

10. REFERÊNCIAS

Carmagnani MIS, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

LEITE, L.M.B et al. Protocolo para nutrição parenteral em recém-nascidos em UTI neonatal. Fortaleza: Hospital Geral de Fortaleza/Serviço de Neonatologia. 2010

Aleixo ECS, Oliveira MLF, Victor ACS, Godoi ICB. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - C.G.C: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 09
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL		
	Uso de Rede para Conforto do Recém-nascido		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Promover conforto para o recém-nascido.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Rede;
- Luvas.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Separar o material a ser utilizado, certificar-se de que não falta nenhum material;
- Verificar temperatura axilar, respiração e realizar a troca de fraldas do RN, antes de colocá-lo na rede;
- Posicionar RN na rede, utilizando coxim como apoio nos ombros;
- Com ajuda de outro profissional, fixar as tiras da rede por fora de incubadora, prendendo-a com cuidado, atentando para correta fixação;
- Atentar para o neonato se mantenha confortável;
- Realizar movimentos na rede de maneira suave;
- Manter monitorado;

6. CONTRA – INDICAÇÕES

Recém-nascidos com peso abaixo de 1.200 kg.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do recém-nascido.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não se aplica.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Recém-nascido poderá ficar na rede durante 60 minutos, ou conforme tolerar;
- O procedimento poderá ser realizado 1 vez ao turno;
- As redes são de uso exclusivos das incubadoras.

10. REFERÊNCIAS

Disponível: ABRIL 2017 <http://www.redehumanizaus.net/11713-no-balanco-da-rede>

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: center;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 10
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Instalação de CPAP Nasal		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Destina-se para pacientes infantis em necessidade de tratamento de patologias respiratórias em modalidade de CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas, sendo utilizado quando é necessário administrar um fluxo contínuo da mistura ar / oxigênio por meio de cânula nasal de modo não invasivo.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Kit CPAP;
- Luvas de procedimentos;
- Respirador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos até os cotovelos, passar álcool gel, após calçar luvas e passar álcool gel nas luvas;
- Selecionar material e levar ao leito;
- Aspirar previamente VAS e umidificá-las com SF 0,9%;
- Conectar uma traquéia curta do umidificador ao ramo inspiratório do ventilador;
- Conectar uma traquéia longa do circuito do CPAP (azul/verde) ao ramo expiratório do respirador e ao lado direito da pronga nasal;
- Conectar uma traqueia longa do circuito do CPAP (cor branca) no copo do umidificador do respirador e no ramo inspiratório da pronga lado esquerdo ;
- Proteger o septo nasal com curativo transparente;
- Ligar rede do fluxo da mistura gasosa (oxigênio + ar comprimido) e estabelecer o fluxo;
- Ligar aquecedor umidificador de H2O com termômetro entre 29.C A 32.C;
- Verificar e ajustar pressão positiva expiratória entre 4 a 6cm H2.O;

- Estabelecer FiO². de acordo com a necessidade do RN;
- Conectar pronga nasal não permitindo o toque no septo nasal;
- Prender sistema à touca cefálica;
- Fazer rodilha e colocar abaixo da cabeça do RN;
- Realizar um coxim e colocar embaixo do tórax;
- Manter a cabeça do RN em linha média e cabeceira elevada, mantendo-o confortável;
- Verificar o bom funcionamento do sistema a cada hora;
- Registrar procedimento no prontuário do paciente

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário da paciente, anotar os gastos em folha específica. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão nas narinas.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Escolher adequadamente o tamanho da pronga nasal.
- Em caso de Rn < 700g Pronga 0;
- Rn entre 700g a 1000g Pronga 1 .
- Rn entre 1000 a 2000g Pronga 2.
- Rn entre 3000 a 4000g Pronga 3;
- Evitar a distensão brusca das narinas e necrose do septo nasal com a aplicação da pronga nasal inadequada;
- Examinar as narinas do RN a cada 2 horas, umidificar narinas 1x ao turno e quando necessário

10. REFERÊNCIAS

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. Enfermagem na UTI-neonatal: assistência ao recém-nascido de alto alto risco. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2013.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 11
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxiliar no Aleitamento Materno		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Auxiliar a puérpera na amamentação do RN.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Álcool gel;
- Luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos e utilizar álcool gel.
- Calçar luvas e utilizar álcool gel.
- Orientar a mãe e o pai quanto ao aleitamento materno, vantagens para o RN e a mãe.
- Pedir para que a mãe retire a parte de cima da vestimenta, casacos, blusas, sutiã e vestir avental amarrado na frente.
- Posicionar o RN no colo da mãe. Se RN em incubadora ou berço aquecido retirar ele e colocá-lo no colo da mãe.
- Orientar a mãe para que a posição correta do RN seja aquela a qual a mãe se sinta mais confortável, de preferência barriga com barriga.
- Atentar para a pega adequada: mais aréola visível acima da boca do RN que embaixo; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo tocando a mama.
- Supervisionar aleitamento, deixando a mãe o RN a vontade e respondendo dúvidas que possam surgir durante o ato de amamentação.
- Após a amamentação, no momento que o RN esteja satisfeito, mantê-lo no colo da mãe.
- Lavar as mãos;
- Orientar a mãe a marcar horário no banco de leite para esgotar o leite materno.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Mãe recebendo quimioterápicos ou radioterapia para câncer;
Mães portadoras de HIV ou AIDS;
Mães em uso de drogas que passam em grande quantidade pelo leite materno ou são perigosas para o bebê (cloranfenicol, antidepressivos e derivados opióides);
Malformação que impeçam a amamentação.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário da paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sentimentos de medo;
- Ansiedade;
- Insegurança;
- Mamilos protusos, ou com fissuras;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a privacidade da paciente.
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PORTO, Fernando et al. Atenção à saúde da mulher: História, aspectos legais e cuidado. Rio de Janeiro. Águia Dourada: 2011

CARVALHO, Marcus Renato de; TAMES, Raquel Nascimento. Amamentação: bases científicas. 2.ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARAÚJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: right;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 12
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Temperatura Axilar		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Consiste na verificação da temperatura corporal a fim de obter valores fidedignos que auxiliem na avaliação do recém-nascido, embasando ações de enfermagem e condutas médicas. Obter a temperatura corporal do recém-nascido a fim de detectar possíveis alterações e posterior intervenção.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Termômetro;
- Álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento à paciente.
- Encostar o bulbo termômetro na axila do paciente, posicionando-o perpendicularmente à parede medial da axila.
- Comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando-o transversalmente até o tórax.
- Retirar o termômetro após o bipe se digital;
- Realizar antisepsia do termômetro com álcool 70% da haste.
- Guardar o material.
- Lavar as mãos.
- Anotar o valor no prontuário.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Queimaduras no tórax;
- Furúnculos axilares;

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário da paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Hipotermia;
- Infecções;
- Problemas termorreguladores.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente.
- Atentar para uso de roupas e cobertores nos RN's em berço comum, bem como umidificação e temperatura da incubadora ou berço aquecido que influenciam diretamente na temperatura corporal do RN;
- Caso haja alterações (hipotermia ou hipotermia) deverão ser realizados cuidados para normalizar a temperatura e, assim, verificar novamente a temperatura axilar de 30 em 30 minutos até mantê-la entre 36,5 e 37,0;
- Se o RN estiver sob fototerapia atentar para hipertermia ou hipotermia, verificar a temperatura axilar de 3 em 3 horas, registrar e comunicar alterações. Realizar medidas para controle térmico, como por exemplo ligar ou desligar o berço aquecido; Sempre registrar intervenções realizadas, bem como o uso de medicamentos que possam interferir na temperatura corporal; Lembrar que o termômetro deverá ser individualizado para cada RN e, após a alta, deverá ser higienizado.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Volume 4. 2011.

DUTRA, A. Medicina neonatal. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo. Ed. Atheneu, 2017.

TAMEZ, R; SILVA, M.P. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao RN de alto risco. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo. Ed. Atheneu, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 13
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Respiração		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Verificar a respiração da paciente em relação à frequência, ritmo, tipo e profundidade.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Relógio;
- Caneta;
- Papel.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos.
- Contar os movimentos respiratórios torácicos ou abdominais (inspiração + expiração) durante 1 minuto (como a respiração pode ser modificada conforme a nossa vontade, uma alternativa é continuar segurando o punho após a verificação de pulso e contar a frequência respiratória).
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário o valor e comunicar alterações.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Conforme orientação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário da paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Taquipnéia;
- Apnéia;
- Bradipnéia;
- Dispneia;
- Observar: tipo, ritmo e profundidade da respiração. Valores normais: 12 a 20 rpm.
- Observar dificuldade respiratória, presença de secreção;
- Observar fatores que podem alterar os valores normais da respiração como exercícios físicos, medicamentos, fatores emocionais, portanto, é importante que o profissional saiba reconhecer estas alterações.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a privacidade da paciente.
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento.
- Oferta de oxigênio conforme prescrição médica.

10. REFERÊNCIAS

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Carmagnani MIS, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 14
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Hemoglicoteste (HGT)		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Auxiliar na verificação de níveis glicêmicos. A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital através do aparelho atualmente utilizado no Hospital Santo Ângelo One Touch com fitas que fazem captação elétrica da gota de sangue.

Monitorar a glicemia de portadores de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo; avaliar possíveis causas de lipotímia e convulsões.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Aparelho e fita de HGT;
- Luvas de procedimento;
- Lanceta;
- Álcool gel;
- Sacarose;
- Seringa de 1 ml;
- Algodão;
- Surfic.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Avaliar o prontuário do RN para determinar a justificativa do procedimento.
- Verificar a prescrição médica e consultar quanto ao aprazamento do procedimento.
- Realizar a higienização das mãos.
- Reunir material;
- Certificar-se que o código da fita reagente está compatível com o chip e dentro da data de validade;
- Orientar a família sobre o procedimento.

- Realizar a higienização com álcool gel.
- Promover tranquilidade e conforto do RN;
- Administrar sacarose e sucção não nutritiva;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Aquecer o local de punção do RN para estimular a circulação capilar;
- Realizar assepsia com algodão.
- Escolher o local adequado para a punção. Na punção de calcâneo evitar a parte central do calcanhar, devido à proximidade do osso calcâneo e maior risco de complicações como osteomielite;
- Colocar a fita no glicosímetro para a leitura adequada da fita reagente;
- Segurar com firmeza o pé do RN e a lanceta, e fazer uma rápida punção com a lanceta;
- Posicionar o pé de maneira a formar uma gota de sangue suficiente;
- Aproximar a fita reagente da gota de sangue formada;
- Colocar a gota de sangue no local indicado na fita reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão ou gaze até promover completa hemostasia, após a coleta.
- Verificar o resultado no aparelho de glicemia capilar.
- Descartar a lanceta no recipiente de perfurocortante.
- Retirar a tira reagente do aparelho de glicemia capilar e desprezá-la em local correto (lixo branco - contaminado).
- Retirar as luvas.
- Realizar a higienização das mãos.
- Explicar os resultados do teste para os pais ou responsáveis.
- Desinfecção do aparelho de glicemia capilar com surfic;
- Registrar na folha de controle de sinais vitais. Comunicar aos pediatras o resultado fora dos parâmetros considerados normais.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme orientação médica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário da paciente, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento. Comunicar o médico assistente ou plantonista resultados, significativamente alterados.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Choro;
- Sangramento no local;
- Dor

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém nascido de risco. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2013.

BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. Org. José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. Ed. Clannard, São Paulo, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 15
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Aleitamento de Recém Nascido			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Estimular aleitamento materno ou com fórmula láctea.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico em enfermagem, mãe do Rn (ou familiar na ausência da mãe).

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Mamadeira;
- Seringa descartável;
- Colher;
- Poltrona;
- Dieta (CPM).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Se leite materno:

- Lavar as mãos;
- Orientar a mãe que lave bem as mãos;
- Acomodar a mãe na poltrona de forma confortável;
- Orientar higiene da mama;
- Posicionar RN adequadamente junto à mãe;
- Orientar e estimular a mãe quanto à amamentação;
- Observar pega do RN e posicionamento;
- Após término, manter RN por alguns minutos com cabeça elevada para eructação ou para que não se engasgue com algum residual que reflua;
- Deitar RN em berço ou incubadora;
- Lavar as mãos;

Se fórmula láctea ou leite materno na mamadeira (mães que não puderem por algum motivo amamentar).

- Lavar as mãos;
- Separar dieta CPM;
- Orientar a mãe que lave bem as mãos;
- Acomodar a mãe na poltrona de forma confortável caso ela esteja presente no horário do aleitamento ou sentar-se de forma confortável com o RN no colo;
- Realizar o aleitamento com o RN em posição semi-sentado;
- Observar sucção e posicionamento;
- Após término, manter RN por alguns minutos com cabeça elevada para eructação ou para que não se engasgue com algum residual que reflua;
- Deitar RN em berço ou incubadora;
- Lavar material utilizado ou desprezá-lo adequadamente;
- Lavar as mãos;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Mãe recebendo quimioterápicos ou radioterapia para câncer;
- Mães portadoras de HIV;
- Mães em uso de drogas que passam em grande quantidade pelo leite materno ou são perigosas para o bebê (cloranfenicol, antidepressivos e derivados opióides);
- Malformação que impeçam a amamentação.

7. REGISTROS

Checar o horário do aleitamento no prontuário ou na prescrição médica e/ou enfermagem, evoluir intercorrências evidenciadas se houverem no prontuário.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Medo;
- Angústia;
- Insegurança;
- Risco de aspiração;
- Quantidade insuficiente de leite materno;
- Fissuras nos mamilos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente.

10. REFERÊNCIAS

ARAUJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 16
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Montagem Circuito Respirador		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Intervir de modo a assegurar adequada e efetiva dinâmica ventilatória ao beneficiário.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal e UTI Adulto.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva estéril;
- Gaze estéril;
- Circuito de respirador;
- Fita adesiva;
- Ventilador mecânico com válvulas de O2 e ar comprimido.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Colocar máscara descartável;
- Lavar as mãos, usar álcool gel; Realizar limpeza do respirador com compressa embebida em surfic; Realizar higienização do diafragma e conectá-lo ao respirador;
- Abrir circuito de respirador de forma asséptica;
- Calçar luvas estéril;
- Colocar adequadamente o anel de vedação no canal da borda da jarra do umidificar;
- Ajustar o prato de metal, com o relevo central voltado para fora;
- Acrescentar o anel de trava, girando-o no sentido horário até vedar o sistema;
- Pedir a outro profissional para puxar a trava do aquecedor do umidificador;
- Encaixar a jarra na base do aquecedor;
- Colocar uma das extremidades da menor mangueira de ar, no bocal de entrada (IN) da jarra do umidificador e a outra extremidade na conexão INSP da válvula de exalação;

- Conectar o cotovelo no bocal de saída (OUT) da jarra;
- Montar dois ramos conectando: mangueira de ar + coletor de água + mangueira de ar;
- Conectar uma das extremidades do 1º ramo ao cotovelo e a outra à conexão “Y” próximo ao local do sensor de temperatura, formando assim o ramo inspiratório;
- Conectar uma das extremidades do 2º ramo ao bocal superior da válvula de exalação e a outra à conexão “Y” distante do local do sensor de temperatura, formando assim o ramo expiratório;
- Acrescentar a linha de pressão no orifício central da conexão “Y” acoplado a outra extremidade no orifício central da válvula de exalação;
- Conectar o sensor de temperatura do aquecedor do umidificador no ramo inspiratório da conexão “Y”;
- Conectar “pulmão teste”;
- Ligar o respirador;
- Testar o funcionamento do respirador;
- Desligar o respirador;
- Proteger a extremidade do circuito com gaze estéril, prendendo;
- Colocar identificação de quem montou e se realizou todos os testes para uso.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar na fita quem realizou a montagem do respirador e se esta correta para o uso.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Problema na rede de oxigênio e ar comprimido.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Mantenha técnica asséptica durante toda montagem;
- Antes de iniciar o procedimento verifique se a válvula de exalação e as membranas estão colocadas corretamente;
- Observe se a mangueira do respirador está conectada na parte de trás da válvula de exalação, no ramo INSP;
- Ao testar o VM certifique-se que a conexão “Y” está totalmente vedada;
- Verifique sempre se o sensor de temperatura está conectado a via inspiratória; Sempre verifique o sentido correto do fluxo dentro da jarra;
- Conectar a água destilada do equipo e este ao orifício de entrada na jarra do ventilador, quando em uso;
- Encher a jarra com água destilada até a marca preestabelecida somente quando em uso.

10. REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2016.

Sociedade brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2016

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932	POP Nº 17
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Reanimação de Recém-Nascido			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Restabelecer os sinais vitais e manter via aérea permeável.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas estéreis;
- Aspirador;
- Berço aquecido;
- Látex;
- Sondas de aspiração;
- Balão de ventilação;
- Laringoscópio;
- Tubo endotraqueal;
- Rede de oxigênio;
- Álcool 70%;
- Gazes;
- Medicação de urgência;
- Dispositivos para punção de acesso venoso;
- Oxímetro de pulso;
- Fixação de tubo;
- Bomba de infusão.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Realizar estímulo tátil com palmadas na sola dos pés, piparotes nos calcanhares ou fricção suave no dorso (no máximo dois estímulos). Se cianose central ou FC < 100bpm ou cianose inalatório via látex conectado a fonte de O₂ a 5 l/min;
- Se frequência respiratória irregular, FC < 100bpm ou cianose persistente realizar ventilação por pressão positiva (ambú);

- Se não houver estabilização dos sinais vitais (FR e FC), utilizar ventilação por pressão positiva. Ainda permanecendo com os parâmetros irregulares, considerar intubação orotraqueal ou nasotraqueal pelo pediatra;
- Se necessário, iniciar reanimação cardíaca através da técnica dos polegares ou a técnica dos dois dedos (indicadores) – a critério médico;
- Se necessário, administrar medicações conforme prescrição médica;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme orientação médica.

7. REGISTROS

Checar os procedimentos na prescrição médica e/ou enfermagem. Registrar todos os procedimentos realizados nas anotações de enfermagem no prontuário do RN, evoluir intercorrências evidenciadas durante o atendimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Equipe não qualificada;
- Reanimação sem sucesso.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do RN.
- Prestar toda assistência necessária ao recém-nascido (promover calor, manter permeabilidade das vias áreas, ventilação com pressão positiva, massagem cardíaca e ventilação).

10. REFERÊNCIAS

Tamez, R. N. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do Prematuro <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2016.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2016

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 18
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Rotinas das Unidades		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Manter a limpeza da unidade evitando infecção hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Compressas;
- SURFIC
- Luvas;
- Água;
- Sabão.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Terminal do Fribobar:

- Lavar as mãos;
- Retirar os medicamentos, passando-os para uma caixa de isopor com gelo;
- Desligar o frigobar até houver o descongelamento, manter desligado durante a limpeza;
- Fazer a limpeza interna com água e sabão/limpeza externa com SURFIC;
- Secar bem com pano limpo;
- Ligar e verificar temperatura, recolocar os medicamentos;
- A limpeza deve ser feita semanalmente.

Terminal do Posto de Enfermagem:

- O terminal deverá ser realizado semanalmente pelo turno da manhã;
- Utilizar luvas de procedimento;
- Retirar os materiais de dentro do armário, sendo estes colocados sobre o balcão;
- Fazer limpeza das prateleiras/gavetas, utilizando compressas brancas, água, sabão, após estarem secas guardar os materiais em seus devidos lugares;
- Realizar a limpeza da parte exterior com surfic e compressa branca.

Terminal da Geladeira:

- Calçar as luvas;
- Desligar a geladeira;
- Retirar alimentos da geladeira;
- Aguardar descongelamento do freezer;
- Realizar limpeza com água e sabão.
- Recolocar os alimentos na geladeira novamente;
- Deve ser realizado semanalmente de acordo com a escala proposta dos turnos.

Terminal da Copa:

- Calçar as luvas;
- Retirar louças de dentro do balcão, gavetas da pia, mesa usando compressas brancas e surfic;
- Colocar os materiais nos lugares novamente;
- Deve ser realizado no turno da tarde, todas as terças-feiras.

Terminal do expurgo:

- O terminal deverá ser realizado todas as terças-feiras.
- Calçar luvas;
- Retirar materiais de dentro dos balcões e de cima das bancadas do expurgo;
- Fazer desinfecção dos armários com compressas e surfic;
- Recolocar os materiais em seus lugares.

Terminal Sala de Materiais:

- O terminal deverá ser realizado todas terças-feiras, no turno da noite;
- Calçar luvas;
- Retirar materiais de dentro dos armários e colocá-los sob a mesa auxiliar;
- Fazer desinfecção dos compartimentos do armário com compressas e surfic;
- Recolocar os materiais em seus lugares;
- Realizar desinfecção das bombas de infusão, suportes de soro e bilitron com compressas e surfic.

Terminal da Rouparia:

- O terminal deverá ser realizado todas terças-feiras, no turno da tarde;
- Utilizar luvas;
- Retirar roupas do armário;

- Fazer desinfecção dos armários com compressas e surfic;
- Após, organizar e dobrar as roupas em seus lugares.

Terminal do armário de Medicamentos:

- O terminal deverá ser realizado conforme a tabela de conferências ;
- Calçar luvas;
- Retirar materiais e medicações de dentro dos armários e colocá-los sob a mesa auxiliar;
- Fazer desinfecção dos compartimentos do armário com compressas e surfic;
- Recolocar os materiais em seus lugares;

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar a atividade na planilha de controle.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Contaminação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Manter ambiente limpo e organizado.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 19
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Intubação Endotraqueal		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

Auxiliar na intubação endotraqueal

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimentos;
- Luva estéril;
- Laringoscópio;
- Laminas;
- Cânulas tranqueais estéreis;
- Balão auto – inflável;
- Material para aspiração;
- Fixação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Organizar em uma mesa auxiliar: cânula estéril, laringoscópio com lâmina, luva estéril, campo estéril;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de lâmpada do laringoscópio;
- Verificar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Verificar o funcionamento do balão auto – inflável com reservatório de O₂;
- Disponibilizar com agilidade o material solicitado pelo médico;
- Auxiliar no posicionamento do RN;
- Oferecer O₂ inalatório durante o procedimento;
- Auxiliar na aspiração das vias aéreas;
- Cronometrar o tempo consumido na intubação, comunicando o médico quando exceder 20 minutos no máximo;
- Avaliar os sinais do RN;

- Fixar a cânula traqueal com Tensoplat, observando o número da mesma e a posição no lábio ou narina;
- Posicionar o RN no leito;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações no prontuário do paciente.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Traumatismo local;
- Alterações cerebrais irreversíveis;
- Sofrimento cárdio respiratório.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Prestar assistência integral ao recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

SEGRE, Conceição A. M.; Costa, Helenice de Paula Fiod costa; LIPPI, Umberto Gazi. Perinatologia: fundamentos e prática. São Paulo: Saevier, 2015.

Tamez, Raquel Nascimento - Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco, Guanabara Koogan, 5ª edição, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 20
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Aspiração de Tubo Endotraqueal		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Remover secreções das vias aéreas inferiores com objetivo de facilitar a oxigenação e prevenção da broncoaspiração;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Propiciar ventilação e melhora da troca gasosa e dos valores gasométricos ou saturação de O² ;
- Aumentar a eficiência respiratória;
- Remover secreção brônquica para exames.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médicos e Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Luvas Estéreis;
- Sonda de aspiração;
- Solução Fisiológica 0,9%;
- Látex de aspiração.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Conectar a sonda escolhida ao látex de vácuo;
- Regular a pressão do vacuômetro de 80-100mm Hg;
- Calçar luvas de procedimento;
- Calçar luva estéril;
- Com a mão estéril, segurar a sonda e com a outra segurar o látex;
- Solicitar ao funcionário que desconecte o respirador/ ambu do tubo e instilar SF 0,9% para fluidificar as secreções;
- Introduzir a sonda no tubo até a altura desejada com o látex clampeado, desclampear o látex aspirando até retirar a sonda;
- Repetir o procedimento até não haver mais secreção;
- Após o término da aspiração, limpar o látex com água destilada e fechar o

- vacuômetro;
- Retirar a luva estéril envolvendo a sonda com a mesma e desprezando-as.
 - Proteger a ponta do látex;
 - Posicionar o RN confortavelmente no leito;
 - Retirar as luvas de procedimento;
 - Lavar as mãos;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Nas primeiras 6 horas após administração do surfactante;
- Broncoespasmos;
- RNs com tendências a sangramentos (relativa);
- Hipertensão pulmonar grave e descompensada;
- Outras instabilidades clínicas que inviabilizem o procedimento.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, anotar quantidade e aspecto da secreção, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Cianose perioral e de extremidades;
- Baixa saturação de oxigênio;
- Extubação;
- Esforço respiratório.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- O procedimento deverá ser realizado em dupla. O primeiro profissional executará todas as etapas estéreis do procedimento (neonatologista, enfermeiro ou fisioterapeuta). O segundo profissional auxiliará o primeiro profissional, realizando todas as outras etapas não estéreis do procedimento (neonatologista, enfermeiro, fisioterapeuta ou técnico de enfermagem).
- A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório;
- O calibre da sonda é definido de acordo como calibre do tubo orotraqueal, a sonda deve ter a metade do diâmetro interno do TOT. Para crianças cateteres de nº4 a 8, conforme diâmetro do tubo oro traqueal. O tamanho correto do cateter minimiza a chance de criar uma pressão negativa, o que pode levar atelectasia.
- Para lactentes ou crianças traqueostomizados deve-se posicionar em decúbito dorsal com o pescoço levemente estendido, o que permite que a sonda de aspiração siga mais facilmente a curvatura natural da traqueia;
- A sonda deve ser inserida para aspiração durante a inspiração do paciente, sempre que possível;
- Não é necessário interromper a infusão da dieta gástrica/enteral para realizar a aspiração das vias aéreas superiores, quando é realizado o controle do resíduo gástrico antes da instalação da dieta.

10. REFERÊNCIAS

SEGRE, Conceição A. M.; Costa, Helenice de Paula Fiod costa; LIPPI, Umberto Gazi. Perinatologia: fundamentos e prática. São Paulo: Saevier, 2015.

Tamez, Raquel Nascimento - Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco, Guanabara Koogan, 5ª edição, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 21
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Banho do Recém-Nascido		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Higienizar o RN.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Toalha de banho;
- Álcool 70%;
- Gazes;
- Cotonetes;
- Sabonete líquido;
- Banheira ou ofurô;
- Compressa.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Realizar higiene da banheira e organizar o material do banho;
- Calçar luvas;
- Manter RN em segurança em berço até o início do banho;
- Verificar os sinais vitais do RN antes do banho;
- Encher a banheira ou ofurô com água morna em temperatura adequada;
- Verificar a temperatura da água com o antebraço em sua parte inferior, confirmar com o termômetro;
- Manter o RN somente com fralda;
- Enrolar o corpo do RN, lavando primeiro a cabeça e o rosto. Os olhos e o rosto deve ser lavados primeiro. Logo após lavar o couro cabeludo com shampoo;
- Secar com delicadeza, porém vigorosamente;
- Remover a fralda;
- Limpar os genitais antes de colocar o corpo na água para o banho;

- Lavar o RN com compressa e sabonete líquido. Iniciar com o RN de frente e depois de bruços. A região genital deve ser deixada para o final;
- Secar bem o RN;
- Limpar os ouvidos e nariz com cotonetes ou rolinhos de algodão delicadamente;
- Realizar curativo no coto umbilical;
- Limpar os materiais utilizados;
- Lavar as mãos;
- Registrar os procedimentos e sinais vitais no prontuário do RN;
- Tempo aproximado para realização da técnica: 25 minutos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Temperatura da água muito elevada ou muito baixa;
- Irritação e trauma da pele;
- Hipotermia;
- Desestabilização dos sinais vitais;
- Aumento do consumo de oxigênio;
- Dor.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Consenso de cuidados com a pele do Recém-nascido, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido. Método Canguru:

manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p

SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo: Atheneu, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 22
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Pesagem do Recém-Nascido		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Pesar o RN.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Balança digital;
- Compressas;
- Luva de procedimento;
- Surfic.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Lavar as mãos;
Calçar luvas de procedimentos;
Fazer limpeza prévia da balança com surfic;
Colocar o RN despido, enrolar em lençol fino (com peso previamente conhecido) no prato da balança;
Aguardar estabilização do peso do RN;
Acomodar o RN na incubadora ou berço aquecido;
Fazer nova limpeza da balança com surfic;
Lavar as mãos;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar o peso no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Infecção;
Manuseio excessivo;
Prematuridade extrema.
Queda do RN.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Avaliação da perda ponderal.

10. REFERÊNCIAS


Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 23
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Troca de Fraldas e Higiene		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Higienizar o RN e verificar a presença de eliminações vesical e intestinais.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimentos;
- Fraldas;
- Algodão;
- Água;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar a fralda observando a integridade da pele;
- Limpar a região perineal de dentro para fora com algodão umedecido em água morna;
- Limpar região perineal e nádegas, lateralizando o RN;
- Secar a pele com ajuda de panos macios;
- Utilizar pomadas ou cremes quando prescrito pelo médico;
- Colocar fraldas limpa;
- Acomodar o RN;
- Organizar o material utilizado e higienizar o local;
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem. Pesar a fralda e anotar a quantidade (quando prescrito), características das eliminações e integridade da pele. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Procurar não elevar as pernas do RN, para evitar pressão abdominal que favorece o refluxo gastroesofágico e/ou bronco aspiração. A melhor maneira de trocar a fralda é lateralizando o bebê;

O uso profilático de pomada é contraindicado, pois favorece a colonização da pele; Dermatite ou outras infecções em região genital e perineal.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 24
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Curativo do Coto Umbilical		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Realizar a assepsia do coto umbilical para evitar meio de cultura.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Gazes
- Cotonete;
- Álcool 70%;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Embeber cotonete com álcool 70% para higiene da cicatriz umbilical;
- Secar com gaze seca;
- Fechar a fralda;
- Lavar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário do RN;
- Tempo aproximado para realização da técnica: 10 minutos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento e se há presença de sinais flogísticos.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Sangramento;
Infecção;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Pinçar o coto umbilical por 5 minutos com auxílio de uma pinça hemostática em casos de sangramento.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

RIBEIRO, M. B.; BRANDÃO, M. N. M. A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. VIDAL, S., JUNGES, C. Procedimento operacional padrão UTIN – HU / UFSC, 2014.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 25
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Controle de Temperatura do Recém-Nascido		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Verificar a temperatura corporal do RN.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Termômetro;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Algodão.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Encostar o bulbo do termômetro na axila do paciente, posicionando-o perpendicularmente à parede medial da axila;
- Comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando-o transversalmente até o tórax;
- Retirar o termômetro após o bipe se digital, se de mercúrio esperar 5 minutos para retirar;
- Realizar antisepsia do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% da haste para o bulbo;
- Guardar o material;
- Lavar as mãos;
- Anotar o valor no prontuário.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Processos inflamatórios ou infecciosos e lesões no local da axila (relativa);

- Pacientes com comprometimento circulatório do membro superior (relativa);
- Fraturas de membros superiores.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento, comunicar Pediatra assistente se temperatura estiver alterada.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Hipotermia;
- Infecções;
- Problemas termorreguladores;
- Exposição ao mercúrio, caso haja quebra do termômetro.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade da paciente;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 26
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Cuidados para Evitar Perda de Calor		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Evitar que o RN perca calor.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Manter ambiente a ser utilizado sempre em temperatura adequada;
Aquecer sempre antes os materiais a ser utilizado no recém-nascido.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Aquecer o estetoscópio antes de examinar o RN;
- Lavar as mãos com água aquecida antes de tocar o RN;
- Proteger as placas de RX com compressas pré-aquecidas;
- Forrar a balança antes de pesar o RN;
- Manter ambiente em temperatura adequada;
- Verificar temperatura de água antes do banho;
- Agrupar cuidados.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar na prescrição médica e/ou enfermagem, se algum procedimento para evitar perda de calor foi realizado e registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Cuidados inadequados;
- Hipotermia;
- Bradicardia;
- Taquicardia;
- Taquipnéia;
- Apnéia;
- Cianose de extremidades;
- Aumento do consumo de oxigênio.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter Rn em condições físicas e ambientais adequadas;
- Monitorização e manutenção da temperatura corporal;
- Manter um ambiente térmico neutro e estável.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 27
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Punção de Acesso Venoso Periférico		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Proporcionar acesso venoso para administração de drogas ou reposição de volume e hemoderivados.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Dispositivo de infusão endovenosa (scalp 25 ou 27) ou cateter periférico 24;
- Seringa de 10 ml;
- Soro fisiológico 0,9% algodão;
- Clorexidine hidroalcoólica, alcool 70% ou clorexidine aquosa;
- Perfusor ou extensor;
- Neofix;
- Hypafix;
- Garrote;
- Gaze;
- Sacarose

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Conectar a seringa ao neofix, preenchendo todo espaço com Soro fisiológico 0,9%;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento
- Escolher o vaso para punção;
- Colocar o garrote;
- Realizar assepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Introduzir scalp ou cateter periférico com bisel para cima;

- Administrar 0,5 ml de SF 0,9% para testar sucesso da venopunção;
- Retirar garrote;
- Realizar fixação com hypafix, colocando data, calibre do scalp ou cateter periférico, nome do profissional que puncionou o acesso venoso;
- Conectar extensor ou perfusor;
- Posicionar o RN confortavelmente;
- Desprezar o material adequadamente e organizar o local;
- Lavar as mãos;
- Registrar o resultado no prontuário do paciente;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Infecção ou lesão de pele (queimadura) ou subcutânea em área próxima à punção.
- Recém-nascido com edema ou com a rede venosa periférica não preservada (escleroses e hematomas).

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Presença de eritema, edema com ou sem dor no local;
Diminuição da sensibilidade;
Comprometimento circulatório;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido.
- De acordo com recomendações da ANVISA. Deve – se trocar o dispositivo em até 96 horas.
- Os cateteres não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração).
- Sempre que possível, indica se cateteres periféricos providos de sistema de segurança para prevenir acidentes.
- Durante a escolha da veia, não faça uso de fricção vigorosa ou de múltiplas “batidinhas” para dilatar a veia. Isto pode causar hematoma e/ou constrição venosa.
- Deve se monitorar diariamente o acesso venoso periférico, a fim de avaliar a presença de infecção no sítio de inserção do cateter.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA. 2017

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 28
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Diluição de Medicamentos		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Diluir o medicamento conforme prescrição.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Seringas;
- Agulhas;
- Medicações;
- Luvas de procedimento;
- Etiquetas de identificação padronizadas;
- Máscaras;
- Água destilada ou soro fisiológico 0,9%;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Observar nas prescrições as medicações que necessitam ser diluídas;
- Checar condições do posto de enfermagem quanto a limpeza, iluminação, caixa para material perfuro cortantes;
- Lavar as mãos e passar álcool gel;
- Realizar a limpeza da bancada com álcool 70%;
- Checar validade das drogas existentes, desprezando as vencidas;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Diluir a medicação observando dose, validade da diluição;
- Identificar as medicações diluídas com o nome, data e hora de diluição;
- Colocar medicação diluída em depósito na refrigeração ou na gaveta do RN conforme orientação de armazenamento;
- Desprezar material utilizado;
- Organizar a sala;
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme bula.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Prescrição médica incorreta (medicamento errado, dose e/ou via de administração incorreta);

Deficiência de pessoal;

Falta de atenção aos procedimentos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Consultar o farmacêutico em caso de dúvidas sobre os medicamentos prescritos;
- Monitorar a temperatura da geladeira de medicamentos;
- Observar diluição padrão, validade das medicações e aspecto da droga;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 29
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Soluções Via Intramuscular (IM)		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Administrar medicações e soluções intramuscular

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Seringa de 3ml ou 5ml, com agulha 25x7, 20x0,55, 25x6;
- Algodão;
- Clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento;
- Sacarose.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir no prontuário o nome do paciente, medicação prescrita, via de administração, dose e horário da medicação;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento que será realizado aos pais;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento;
- Fazer assepsia do local com clorexidine alcoólica ou aquosa;
- Segurar firmemente com a mão o local a ser administrada a medicação (músculo vasto lateral da coxa) distendendo a pele com o polegar e indicador;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90°, com bisel para baixo;
- Aspirar, puxando o êmbolo, verificar presença de sangue e se ausente injetar a medicação lentamente com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;
- Se refluir sangue na seringa, retirar a agulha do músculo e reiniciar o procedimento em outro local;

- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- Limpar com algodão seco e comprimir suavemente o local da injeção;
- Desprezar o material e organizar o local;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento no prontuário do RN.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não administrar no músculo deltóide, devido a pouca massa muscular;
- Recém-nascido com prematuridade extrema.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Preparo incorreto do medicamento (nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário);
- Administração incorreta do medicamento (paciente, medicamento, dose, via e horário);
- Hematoma, edema e eritema no local de aplicação;
- Dor;
- Abscesso;
- Hemorragia;
- Necrose;
- Reação alérgica;
- Inflamação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Comprimir corretamente o local de aplicação evitando hematomas;
- Alternar os locais de aplicação para os recém-nascido em uso de medicação IM sistêmica.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Ministério da Saúde (2017).

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. Manual Prático de Enfermagem Neonatal. São Paulo: editora Atheneu, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: right;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 30
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Solução Via Subcutânea		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Administrar soluções via subcutânea. Aplicação de medicamentos que necessitam de absorção lenta e contínua

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Seringas de 1 ml com agulha 13x3,8 / 13x4,0 / 13x 4,5;
- Algodão;
- Clorexidine;
- Luvas de procedimento;
- Bandeja;
- Sacarose.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir no prontuário o nome do paciente, medicação prescrita, via de administração, dose e horário da medicação;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Explicar o procedimento que será realizado aos pais;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento;
- Fazer assepsia do local com clorexidine em sentido unidirecional;
- Retirar o ar da seringa e agulha;
- Segurar firmemente com a mão o tecido subcutâneo (em região do músculo vasto lateral da coxa);
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° com a pele em movimento único;
- Aspirar, puxando o êmbolo, verificar presença de sangue e se ausente injetar a medicação lentamente com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;

- Se refluir sangue na seringa, retirar a agulha do local e reiniciar o procedimento em outro local;
- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- Limpar com algodão seco e comprimir suavemente o local da injeção;
- Desprezar o material e organizar o local;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento no prontuário do RN.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Evitar a aplicação da injeção subcutânea em membros paralisados, imobilizados, com lesões e edema.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Preparo incorreto do medicamento (nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário);
- Administração incorreta do medicamento (paciente, medicamento, dose, via e horário);
- Dor;
- Choro;
- Eventos adversos;
- Hematoma, irritação e nódulo no local de aplicação;
- Infecção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido.
- O peso corporal do paciente deve ser avaliado na escolha da agulha e do ângulo de inserção do medicamento.
- Não massagear o local da injeção, apenas fazer uma pressão leve.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 31
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Medicação Via Intradérmica		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Preparar e administrar os medicamentos diretamente na derme por meio de punção; com absorção lenta;
- Ajuda a verificar sensibilidade a alérgenos e reações de hipersensibilidade.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Seringa de 1ml com agulha 13 x 3,8 / 13 x 4,0 / 13 x 4,5;
- Algodão;
- Clorexidine Hidroalcoólica ou Aquosa;
- Luvas de procedimentos.
- Sacarose

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir no prontuário o nome do paciente, medicação prescrita, via certa, dose certa e o horário da medicação;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos e passar álcool gel nas mãos;
- Calçar luvas;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento;
- Fazer assepsia do local com Clorexidine Hidroalcoólica ou Aquosa, dependendo do peso do recém-nascido;
- Segurar firmemente com a mão o local a ser administrada a solução (face anterior do antebraço, porção inferior do deltóide), distendendo a pele com o polegar e indicador;
- Com ângulo de 10° a 15°, introduzir 1/3 da agulha, injetar lentamente a dose indicada, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;
- Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- Limpar com algodão seco;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento no prontuário do paciente.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Presença de lesões nos locais de aplicação.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Reações de hipersensibilidade;
- Preparo incorreto do medicamento (nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário);
- Administração incorreta do medicamento (paciente, medicamento, dose, via e horário);
- Dor no local de aplicação;
- Choro;
- Presença de edema, rubor;
- Lesão da derme se técnica incorreta;
- Infecção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- O volume máximo indicado para administração no tecido intradérmico é de 0,5ml;
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos;
- Imediatamente após a injeção da solução aparece no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas. A pápula formada desaparece posteriormente.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

**Elaborado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Revisado por:
Giovana Cantarelli
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Aprovado por:
Maristane Almeida
Gerente de Enfermagem**

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 32
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Teste do Coraçãozinho		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Rastrear Cardiopatias Congênitas Críticas.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médicos e Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Oxímetro de Pulso.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Um sensor macio é enrolado à volta da mão direita (pré ductal) e posteriormente à volta do pé do bebê (pós ductal) para verificação de níveis de oxigênio.
- A monitorização da oximetria de pulso utiliza uma fonte de luz e sensor (oxímetro) para medir o oxigênio no sangue. A luz que passa através da pele mede a quantidade de oxigênio no sangue. O teste é rápido (3-5 minutos) e indolor.
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário do RN;
- Havendo saturação (nível de oxigênio) abaixo de 95% a criança não deve ter alta hospitalar, permanecendo em observação, e a partir daí devem ser realizados os demais exames diagnósticos, de acordo com a prescrição médica, para descartar a possibilidade de cardiopatia congênita grave;
- O nível de saturação de oxigênio baixos (abaixo de 95% ou com uma diferença maior que 2% entre os membros superiores e inferiores) podem indicar a presença de uma malformação cardíaca.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- A critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Choro pode alterar os resultados de interpretação;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do RN;
- Caso seja detectado um baixo nível de saturação durante a realização da oximetria de pulso (abaixo de 95%), o teste de oximetria de pulso deve ser feito novamente. Se o nível ainda estiver abaixo do esperado, em seguida, um ecocardiograma (uma espécie de ultrassom do coração) deve ser feito e um cardiologista pediátrico deve ser chamado para avaliar a criança;
- O teste deve ser realizado no recém-nascido ainda na maternidade, após as primeiras 24 horas de vida e antes da alta hospitalar;
- O diagnóstico e o tratamento precoces, são fundamentais para preservar a vida dos bebês que nascem com essa condição;
- Nenhuma ferramenta de diagnóstico atual pode detectar 100% das cardiopatias congênitas existentes, mas a oximetria de pulso poderá rastrear defeitos cardíacos mais graves (aqueles associados com um baixo nível de oxigênio no sangue), que são as chamadas “cardiopatias congênitas cianogênicas”. Portanto, o teste não detecta aqueles casos menos graves, que não estão associados com um baixo nível de oxigenação (saturação).

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Teste do coraçãozinho. Disponível em: www.pequenoscoracoes.com/teste-do-coracaozinho. Acesso 6 de Mar, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: right;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 33
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Nebulização		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Umidificar as vias aéreas, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, facilitando a sua expectoração e manter a permeabilidade da via aérea.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Dispositivo nebulizador;
- Conexão para o ar comprimido ou oxigênio;
- Medicamento prescrito;
- Seringa e agulha para o preparo do medicamento;
- Frasco de 10 ml de soro fisiológico;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Desconectar a tampa do recipiente;
- Colocar os medicamentos nas dosagens prescritas;
- Fechar o recipiente;
- Conectar a máscara ao recipiente e conexão;
- Explicar o procedimento à mãe;
- Conectar o sistema à saída de oxigênio;
- Ligar o oxigênio para verificar se a medicação está vaporizando;
- Colocar a máscara cobrindo o nariz e boca do RN;
- Colocar o recipiente em posição vertical para não derramar seu conteúdo;
- Segurar o recipiente;
- Após 15 minutos, aproximadamente, desligar o oxigênio e desconectar o sistema;
- Observar as reações do RN após a nebulização;

- Levar o sistema para o expurgo, lavar com água e detergente e encaminhar para a esterilização ao CME;
- Organizar o material;
- Lavar as mãos;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não realizar nebulização quando a criança estiver dormindo ou fazendo uso de chupetas (bico);

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Prescrição médica incorreta (medicamento errado, dose e/ou via de administração incorreta);

Evento adverso;

Contaminação;

Usar máscara afastada do rosto (o vapor se espalha e prejudica o resultado).

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- O nebulímetro deve estar devidamente higienizado e esterilizado;
- Manter a privacidade do recém-nascido.
- Utilizar ampolas (10 ml) ou frascos (100 ou 250ml) da solução inalatória (soro fisiológico ou água destilada), com volume compatível com a quantidade de inalações realizadas por dia. Os frascos em uso devem estar identificados e com a abertura protegida.
- Deve – se fazer a nebulização com o RN sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

**Elaborado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Revisado por:
Giovana Cantarelli
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Aprovado por:
Maristane Almeida
Gerente de Enfermagem**

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 34
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Coleta de Exames Laboratoriais no Recém-Nascido			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Realizar coleta de sangue do RN.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;
- Agulha 20x0,55;
- Frasco de coleta;
- Álcool 70%.
- Sacarose

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Identificar o frasco de coleta com o nome completo;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento;
- Selecionar o local da coleta;
- Realizar assepsia do local da coleta com álcool 70%;
- Coletar a amostra de sangue;
- Pressionar o local com algodão seco;
- Desprezar material adequadamente;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material coletado ao laboratório junto com o pedido do exame.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Formação de hematomas;
- Necrose do tecido perivascular;
- Tromboflebite;
- Flebite;
- Celulite no tecido subjacente;
- Infecção e sepse;
- Infiltração, extravasamentos.
- Sangramento no local da coleta;
- Dor, choro; desconforto no local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- O procedimento deverá ser realizado em dupla, ou seja, um funcionário para realizar a coleta e um funcionário para realizar contenção do recém-nascido;
- Dicas que aliviam a dor durante a realização do procedimento:
- Iniciar a amamentação cerca de cinco minutos antes do procedimento doloroso;
- Contato pele a pele, conhecido também como contato canguru, bom iniciar 15 minutos antes da coleta de sangue.
- E o último é oferecer uma solução levemente adocicada ao bebê enquanto o exame é feito. Os médicos ou enfermeiros colocam na boca do bebê, com uma seringa, uma solução de água e sacarose. É preciso colocar cerca de um a dois minutos antes de iniciar o procedimento e repetir a cada dois minutos até o fim da coleta de sangue ou outros procedimentos dolorosos.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Seja Doce Com o Bebê ou “Be Sweet To Babies” Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de Ottawa, no Canadá. Disponível

em:<http://www.macetesdemaee.com/2015/01/dicas-para-aliviar-a-dor-dos-bebes-em-procedimentos.htm>

SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo. Ed. Atheneu, 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 35
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Coleta de Sangue para Hemocultura		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Realizar coleta de sangue para hemocultura.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas estéreis;
- Clorexidine;
- Seringa de 5 ml;
- Agulhas 20x0,55;
- Frasco com meio de cultura;
- Álcool 70%.
- Sacarose

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material, dispor a etiqueta de identificação;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o RN confortavelmente;
- Abrir o material cuidadosamente para não contaminar;
- Calçar as luvas;
- Escolher o local da punção;
- Abrir o frasco de hemocultura;
- Colocar em cima do local de introdução da seringa algodão estéril embebido em álcool 70% retirar o momento de introduzir o sangue;
- Administrar sacarose via oral antes do procedimento;
- Fazer assepsia do local da punção com clorexidine e repetir 03 vezes;
- Puncionar o vaso (veia ou artéria) para obtenção da amostra de sangue 1 ml, conforme especificação do meio de cultura, deixando pingar as gotas dentro da seringa;
- Promover a hemostasia no local da punção;

- Injetar a amostra no frasco de cultura;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco com o nome completo, data da coleta e anotar na ficha de controle de hemoculturas;
- Encaminhar amostra e solicitação do exame para o laboratório;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Formação de hematomas;
- Necrose do tecido perivascular;
- Tromboflebite;
- Flebite;
- Celulite no tecido subjacente;
- Infecção e sepse;
- Infiltração, extravasamentos;
- Dor, choro; desconforto no local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- O procedimento deverá ser realizado em dupla, ou seja, um funcionário para realizar a coleta e um funcionário para realizar contenção do recém-nascido;
- Dicas que aliviam a dor durante a realização do procedimento: Iniciar a amamentação cerca de cinco minutos antes do procedimento doloroso;
- Contato pele a pele, conhecido também como contato canguru, bom iniciar 15 minutos antes da coleta de sangue.
- E o último é oferecer uma solução levemente adocicada ao bebê enquanto o exame é feito. Os médicos ou enfermeiros colocam na boca do bebê, com uma seringa, uma solução de água e sacarose. É preciso colocar cerca de um a dois minutos antes de iniciar o procedimento e repetir a cada dois minutos até o fim da coleta de sangue ou outros procedimentos dolorosos.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 36	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Coleta de Sangue Arterial para Gasometria		Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022

1. OBJETIVOS

- Realizar coleta de sangue arterial para gasometria.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo: seringa própria para gasometria, agulha (20x0,55);
- Algodão embebido em clorexidine;
- Algodão seco;
- Luva de procedimento.
- Sacarose

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir e preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Administrar sacarose antes do procedimento;
- Realizar assepsia da pele;
- Iniciar a coleta do exame apalpando o pulso do paciente para sentir a artéria radical ou braquial;
- Puncionar a artéria com a introdução da agulha a 90°;
- Efetuar compressão da artéria após a punção com algodão seco;
- Comunicar intercorrências;
- Desprezar material e organizar o local;
- Lavar as mãos;
- Identificar a amostra colhida com o nome completo;
- Encaminhar imediatamente o exame ao laboratório;
- Registrar no prontuário o procedimento.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Ausência de pulso radial palpável;
- Celulite ou infecção na área arterial;
- Fístula.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir local da punção e intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Dor, choro; desconforto no local;
- Sangramento no local da punção;
- Hematoma local. Nos casos de hematoma, deve – se observar a evolução e manter curativo compressivo se necessário.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Locais para a punção em ordem de preferência: artérias radiais, braquiais e femorais.
- Deve-se evitar a punção nas artérias femorais devido maior incidência de complicações (abscessos, fístulas arteriovenosas, etc).
- O procedimento deverá ser realizado em dupla, ou seja, um funcionário para realizar a coleta e um funcionário para realizar contenção do recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 37
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Coleta de Secreção Ocular		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Realizar coleta de secreção ocular.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Berçário, UTI Adulta, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- 01 cotonete de swab com meio de cultura;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológico 0,9%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Utilizar luva toque estéril;
- Retirar Swab do frasco de cultura com cuidado para não haver contaminação com o meio;
- Passar o Swab suavemente no olho com secreção, retirando o máximo possível da secreção;
- Colocar o cotonete de Swab com secreção novamente no frasco com meio de cultura;
- Identificar o frasco e enviar ao laboratório;
- Organizar o local;
- Lavar as mãos;
- As culturas deverão ser coletadas antes da aplicação de antibióticos, soluções, colírios ou outros medicamentos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não deve ser coletado após administração de medicação tópica e após ter iniciado antibioticoterapia.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir local da coleta, aspecto da secreção e intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Dor;
Choro;
Irritação da conjuntiva ocular;
Lesão de córnea.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém – nascido;
- Manter conjuntiva ocular lubrificada e com proteção ocular quando necessário.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith.Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Giovana Cantarelli Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 38
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Fototerapia		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento da hiperbilirrubinemia

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bilispot;
- Bilitron;
- Opérculos;
- Luvas de procedimento;
- Incubadora;
- Ninho e materiais de expediente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Após a prescrição médica de fototerapia, orientar aos pais quanto ao procedimento que será realizado com o RN;

Lavar as mãos;

Preparar a incubadora e outros equipamentos;

Manter o ambiente em temperatura adequada;

Calçar luvas;

Despir o RN, mantendo a fralda;

Colocar opérculos tipo óculos nos olhos do RN para evitar danos a retina, tendo o cuidado de não apertar os globos oculares;

Colocar o RN em incubadora, sem roupa, aproximadamente 45 cm abaixo do conjunto de lâmpadas;

Virar o RN a cada duas ou três horas para aliviar a pressão bem como permitir a exposição de toda a superfície do corpo do RN;

Lavar as mãos;

Tempo aproximado de realização da técnica: 20 minutos+ tempo necessário para realização da fototerapia conforme orientação médica.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Hipertermia;
- Hipotermia;
- Choro;
- Diarreia;
- Desidratação;
- Erupções cutâneas e eritema;
- Lesão na retina;
- Escurecimento da pele;
- Queimaduras;
- Deficiência de glicose.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento;
- Manter a privacidade do recém-nascido;
- Manter sempre região ocular protegida com opérculos;
- Atentar sempre para temperatura da incubadora ou berço aquecido;
- Monitorar a quantidade e consistência das fezes, bem como características da diurese, comunicando alterações;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

SOUZA, A.B.G. Manual prático de enfermagem neonatal. São Paulo. Ed. Atheneu, 2017.

**Elaborado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Revisado por:
Giovana Cantarelli
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Aprovado por:
Maristane Almeida
Gerente de Enfermagem**

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 39
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Visita de Pais		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Permitir aos pais visitar o RN enquanto estiver internado.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Sabonete líquido;
- Papel Toalha;
- Espuma alcoólica;
- Aventais;
- Luvas de procedimento;
- Prontuário.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Todo pai e mãe responsável deverão ser orientados quanto ao funcionamento da UTI Neonatal e as rotinas nela estabelecidas;
- Orientar pai e mãe sobre o direito de visitar o seu filho, com livre acesso, respeitando as rotinas da unidade;
- Orientar e auxiliar os pais, do uso de aventais, e da lavagem das mãos para o contato com o RN;
- Nenhum RN internado deverá sair da UTI Neonatal para outros fins que não seja exames radiológicos ou alta;
- Orientar e estimular a amamentação dentro da UTI Neonatal;
- Orientar a mãe a ir ao banco de leite para esgotar.
- Entregar a cartilha com as orientações para o pai na primeira visita.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Em casos de emergência e urgência na unidade, a visita devera ser adiada.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do RN os procedimentos realizados como também intercorrências durante as visitas.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Infecção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Garantir a técnica asséptica durante todo o procedimento e durante a visita;
- Manter a privacidade do recém-nascido.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 40
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Alimentação por Via Digestiva		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Alimentar o RN por via digestiva.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas;
- Mamadeira;
- Seringa descartável.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Mamadeira

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Antes de alimentar o RN verificar se as fraldas estão limpas e secas;
- Antes de oferecer a mamadeira verificar: identificação, tipo de leite e volume conferindo com a prescrição médica;
- Verificar se a temperatura do leite está adequada;
- Observar o orifício do bico;
- A mamadeira deve ser administrada segurando o RN no colo ou posicionando-o semi-sentado;
- A dieta deve ser administrada lentamente;
- Terminada a mamada posicionar o RN em decúbito elevado e mantê-lo em decúbito lateral direito;
- Lavar as mãos;
- Anotar a dieta na folha de enfermagem.
-

Sonda Naso\Orogástrica

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Antes de alimentar o RN verificar se as fraldas estão limpas e secas;
- Verificar a FR;
- Conferir o rótulo da dieta (identificação, volume, tipo de leite);
- Posicionar o RN em decúbito dorsal com cabeceira levemente elevada e/ou semisentado, quando possível;
- Administrar a dieta por gavagem ou bomba de seringa, conforme orientação médica.
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Disfagia;
Engasgos;
Aspirações.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Choro, náuseas;
Ruptura da sonda;
Administração da dieta trocada;
Aspiração;
Comprometimento do trato gastrointestinal (escoriações, hipertermias até graves perfurações gástricas);
Infecções de vias aéreas superiores.
Hiperemia na região supralabial;
Compressão gengival durante sua permanência;
Distensão abdominal, por acúmulo de gases diante do sistema fechado para a administração do leite;
Dificuldade de sucção e de deglutição durante a oferta do leite por via oral, com o uso concomitante da sonda gástrica pelo recém-nascido;
Frequentes tentativas de auto-remoção da sonda,

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Substituição da sonda a cada 5 dias, conforme rotina da unidade, torna-se fundamental para a prevenção de intercorrências.
Sempre que necessário, solicitar para Enfermeiro testar posicionamento da sonda gástrica.
Qualquer intercorrência antes ou durante a administração da dieta comunicar Enfermeiro.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Sondagem gástrica em recém nascido pré termo. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n3/v34n3a12.pdf. Acesso em 02 de FEV de 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 41
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Aspiração de Vias Aéreas Superiores		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

- Aspirar vias aéreas superiores dos recém-nascidos, removendo as secreções acumuladas para melhorar a função respiratória e prevenir complicações pulmonares.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem (somente com seringa).

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva de procedimento;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Látex de aspiração;
- Sonda de aspiração;
- Vácuo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Testar o funcionamento da válvula de vácuo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Regular a pressão do vacuômetro de 10-20 mmHg;
- Segurar a seringa ou a sonda com a mão dominante e o látex com a outra;
- Aspirar a cavidade oral primeiramente para evitar que haja aspiração de conteúdo oral;
- Introduzir a seringa ou sonda na cavidade, clampeando a látex até atingir a altura desejada, desclampear, aspirar e retirar a seringa ou sonda lentamente;
- Repetir o procedimento até não haver mais secreções;
- Na aspiração nasal fluidificar as narinas com SF 0,9% utilizando 0,5 ml em cada narina, sempre antes e após o procedimento;
- Após término da aspiração, limpar o látex com água destilada protegendo a ponta;
- Realizar a troca da seringa de aspiração sempre no final de cada turno;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Ausência de secreção;

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, informando aspecto, volume da secreção e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão da mucosa nasal;
- Sangramento local;
- Dispneia;
- Apneia;
- Bradicardia;
- Atelectasia.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Pausar dieta se esta estiver em Bomba de Seringa;
- Rn < 1.000kg a 2000 kg sonda nº 6, se >ou igual 2.000 sonda nº 8;
- Manter uma observação cuidadosa no período pós-aspiração;
- Ofertar oxigênio em caso de baixa saturação; Alternar os decúbitos com certa frequência (2 a 4 horas) e posicionar corretamente
- O bebê pode otimizar a função pulmonar, prevenindo acúmulo de secreções.
- Para auxiliar a manutenção do posicionamento podem-se utilizar anteparos (rolinhos) feitos com panos, algodão ou travesseiros de apoio.

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

Atuação da Fisioterapia no recém-nascido. Disponível em www.ebserh.gov.br. Acesso em 02 de FEV de 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 42
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Balanço Hídrico (BH)		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Observar e anotar o volume dos líquidos a serem administrados por via enteral ou parenteral;
Medir o volume de diurese ou fazer a pesagem diferenciada de fraldas.
A importância do BH é saber se está ganhando ou perdendo peso.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Folha de registros;
- Frasco graduado ou frasco de 500ml;
- Luvas de procedimento;
- Balança.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Anotar a quantidade de vômitos e fezes, na folha de registro ou no sistema informatizado;
- Anotar volume das drenagens de sondas;
- Se balanço parcial: ao final de cada plantão somar todas as infusões e drenagens parciais – anotando-as na folha de controle, assim como resultado parcial.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, calculando o balanço hídrico total (24 horas) . O balanço é

realizado às 6:00 pelo Enfermeiro do turno da Noite, ou quando solicitado pelo pediatra plantonista fechamento de balanço hídrico parcial nos demais turnos.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Quantidade ingerida aumentada;
- Quantidade eliminada menor que o esperado;
- Deixar de registrar todos os volumes que entraram por via oral no RN, como dieta e medicações orais;
- Deixar de registrar os outros volumes endovenosos já infundidos, como medicações em bolus e lavagem do circuito;
- Deixar de registrar os líquidos de 24 horas infundido por via endovenosa (EV) no RN; Deixar de realizar as anotações necessárias;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Atentar para as anotações de enfermagem;
- Anotar tudo que entra e sai;
- É muito importante que o Balanço Hídrico seja feito corretamente, pois serão os dados anotados nesse impresso que subsidiarão a análise do estado de saúde do RN, bem como as condutas a serem tomadas, e ajuda a evitar inúmeras patologias.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Balanço hídrico em recém-nascidos com extremo baixo peso: o conhecimento dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 07 FEV de 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: center;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 43
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Encaminhamento para Exames de Imagem		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Encaminhar o RN, junto com o profissional de enfermagem para a realização de exames por imagem.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Incubadora de transporte
- Prontuário;
- Luvas;
- Profissional de enfermagem.
- Maleta de emergência
- Cilindro de oxigênio

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Após a solicitação do exame pelo médico;
- A secretária da unidade marca o exame junto ao serviço de radiologia mediante o pedido;
- Após o retorno do setor responsável pelo exame, é comunicado ao técnico responsável pelo paciente o horário previsto para o exame e os preparos necessário;
- Realizar os preparos conforme a necessidade: Verificar se incubadora de transporte está aquecida; verificar a disponibilidade de oxigênio no torpedo na incubadora de transporte; maleta de emergência.
- Higieniza as mãos;
- Calça Luvas;
- Encaminha o RN para realização do exame em incubadora de transporte;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Recém Nascido com risco iminente para a morte;
- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Risco de PCR durante o transporte para realização do exame.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Conforme estado de saúde do RN, o mesmo deve ser acompanhado por equipe médica e de enfermagem para realizar o exame.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Bowden, Vicky R. , Greenberg, Cindy Smith. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 44
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Prontuário do RN		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Garantir a organização de todas as informações/documentação do RN durante o período de internação na Instituição até sua alta Hospitalar.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
Secretária do setor

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Prontuários;
- Folhas de registro;
- Registro da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Prescrição Médica;
- Solicitações de exames complementares;
- Folhas de evolução de enfermagem/ médica ou sistema informatizado;
- Caneta, Carimbo e Pasta organizadora.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Organizar os impressos contendo dados obtidos sobre o mesmo, desde a sua internação até a sua alta, sendo após este, será arquivado no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística).
- Colocar os impressos do paciente – RN (folha de registro, prescrição médica, nota de baixa, termo de diária de acompanhante, evolução médica, registros da SAE, anotações de enfermagem, resultados de exames complementares) na pasta que já está com a identificação conforme o número do quarto e/ou leito que o paciente está alocado.
- Colocar a pasta do prontuário do RN no escaninho enumerado conforme o quarto/leito de internação na unidade para que o médico possa pegá-la para prescrever.
- Realizar as anotações de enfermagem feitas em folha própria ou no sistema informatizado, que deverão ser conforme preconiza a Resolução do COFEN191/98, Decisão COREN – RS 115/06 e o Código de Ética dos profissionais

de Enfermagem artigo 54. Devem ser completas e concisas, escritas de maneira legível e pôr extenso, exceto as abreviaturas padronizadas, sem rasura. Devem ser assinadas e carimbadas.

- Separar os pedidos de exames do RN que devem estar devidamente identificados com o nome completo do RN, data de nascimento, número do quarto e leito e unidade de internação para que sejam realizadas as coletas destes materiais que devem ser encaminhados ao laboratório do hospital conforme a urgência do mesmo;
- Em dias úteis, avisar a secretária da unidade para que agende solicitações de exames de imagem ou que sejam realizados em setores terceirizados. Em finais de semana ou feriados, o técnico de enfermagem deve comunicar-se com o funcionário plantonista para a realização do exame conforme necessidade.
- Supervisionar o procedimento.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

- Deve ser registrado todas as informações, dados referentes ao RN, desde sua internação até sua alta.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Não realização da identificação do RN;
- Perda de prontuário;
- Erros nas escritas, falta de informações;
- Falha no registro dos passos realizados no procedimento e de intercorrências.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O RN deve ser identificado tão logo a sua condição clínica permita, deve estar identificada com uma pulseira contendo os dados sobre seu nascimento (Nome da mãe, hora, número do quarto e leito).
- Prontuário do RN é um conjunto de impressos contendo dados obtidos sobre o mesmo, desde a sua internação até a sua alta, sendo após esta, conservado em arquivo.
- Prontuário do RN é considerado documento de valor legal.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 45
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Administração de Surfactante		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Contribuir para a manutenção da tensão pulmonar, aumentar a complacência pulmonar e promover estabilidade alveolar.

O surfactante pulmonar consiste numa mistura complexa de fosfolípidos, lípidos neutros e proteínas que reduzem a tensão superficial na interface ar-líquido alveolar, prevenindo o colapso no final da expiração. A administração de surfactante pulmonar é indicada nos Recém-nascidos (RN) Pré-termo entubados e ventilados com evidência de síndrome de dificuldade respiratória (SDR) por déficit de surfactante, nesse caso é indicada nos primeiros 30 minutos de vida. O RN pré-termo submetidos a ventilação não invasiva (VNI), como método inicial de suporte respiratório, é recebida terapêutica seletiva com surfactante pulmonar nas primeiras 12 horas de vida, idealmente nas primeiras 2 horas de vida, se apresentarem sinais clínicos e radiológicos compatíveis com SDR é necessário o oxigênio.

Indicações:

- Profilático em RN's com idade gestacional inferior a 27 semanas, que necessitam de intubação traqueal na sala de parto durante reanimação;
- Profilático em RN com idade gestacional entre 26 e menor que 30 semanas se a mãe não recebeu corticoide antenatal;
- RN com quadro clínico e radiológico compatível com doença da membrana hialina;
- Síndrome do desconforto respiratório;
- Síndrome de aspiração meconial (SAM).

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Par de luvas de estéreis;
- Par de luvas de procedimento;

- Avental não estéril s/n;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica descartável;
- Fonte de oxigênio com fluxômetro (5 L/min) ;
- Sistema de aspiração de ar comprimido, oxigênio ou vácuo com frasco coletor estéril revisados uma vez ao turno no mínimo:
- Sondas para aspiração traqueal (números 6, 8 e 10);
- Ambú de reanimação neonatal com bolsa reservatória, com capacidade para oferecer oxigênio em altas concentrações;
- Frasco de surfactante;
- Seringa de 5ml e 10ml;
- Agulhas descartáveis (4,0x1,2);
- Gaze;
- Álcool a 70%;
- Clorexidina alcoólica;
- Monitor multiparamétrico;
- Sensor de oximetria.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- O Enfermeiro irá auxiliar o médico em todo o procedimento, promovendo um ambiente adequado para a realização da ação, sem falhas estruturais ou danos ao RN.
- Verificar o peso recente do RN;
- Realizar lavagem das mãos;
- Deixar o frasco em temperatura ambiente por no mínimo 20 minutos;
- Homogeneizar o produto virando o frasco de cabeça para baixo por duas vezes.
- Nunca agitar o frasco, para evitar a formação de espuma;
- Técnica asséptica no preparo da solução;
- Fazer desinfecção do frasco-ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
- Retirar o surfactante do frasco utilizando seringa de 10ml e agulha descartável p/aspiração 40 X 12, conforme dose solicitada pelo neonatologista;
- Certificar-se da posição da cânula traqueal através da ausculta pulmonar;
- Aspirar cânula endotraqueal se necessário;
- Posicionar o recém-nascido em decúbito dorsal;
- Monitorar a frequência cardíaca, respiratória e a oximetria de pulso;
- Modelo 01: Utilizar uma cânula conectada ao TOT para administrar o surfactante. Profissional médico administra surfactante no TOT, ventilando em seguida a cada administração.
- Modelo 02: Profissional médico faz limpeza de toda extensão do TOT com gaze e solução de clorexidina alcoólica, introduz a agulha em uma porção distal do TOT e administra o surfactante sem desconectar o ventilador.
- Durante a administração, monitorizar continuamente a frequência cardíaca, respiratória e saturação de O₂, além da ocorrência de refluxo da droga pela cânula traqueal;
- Após o procedimento, observam-se a expansão torácica, ruídos respiratórios, saturação de oxigênio, sinais vitais e cor do RN;
- Não aspirar TOT nas primeiras 6 h após administração do surfactante, exceto se houver evidência de obstrução na cânula;
- Organizar o material e desprezar o lixo corretamente;
- Lavar as mãos.

- Registrar o procedimento no relatório de enfermagem e na evolução no prontuário do paciente; Carimbar e assinar; Manter a equipe informada a respeito das condições do RN.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- RN nas situações descritas anteriormente, não existe fato relatado de contra-indicação.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Tubo mal posicionado, acarretando riscos na administração;
- Medicação a ser administrada fora da temperatura padronizada;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Para eficácia do procedimento não aspirar o TET por 6 horas;
- Deve ser realizada por duas pessoas de forma asséptica; antes da administração, verificar se o surfactante encontra-se em temperatura ambiente; garantir que a Sat de O² esteja acima de 90% (preferencialmente).

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Tamez, Raquel Nascimento. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco/ Raquel Nascimento Tamez, Maria Jones Pantoja Silva – Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2009.

Rodrigues, Francisco Paulo Martins. Normas e Condutas em Neonatologia: Serviço de Neonatologia de Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo: Atheneu, 2008.

BARBOSA, R.F; MARCATTO, J.O.; SIMÕES E SILVA, A.C.; PEREIRA E SILVA, Y. Máscara Laríngea ProSeal™ como via de administração de Surfactante no Tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório em Recém Nascidos Pré-termo. Rev Bras Ter Intensiva 2012;24(2)107-210.

FRANCISCO, H. Prescrição de Surfactante Pulmonar na Síndrome de Dificuldade Respiratória do Recém-nascido. Norma nº 012/2012 de 16/12/2012 atualizada a 01/08/2014 Norma de Direção Geral de Saúde. Ministério de saúde.

GUTTENTAG, S.; FOSTER C. Update in Surfactant Therapy. Neoreviews 2011;12: 625-34.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 46
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Verificação do Pulso Apical		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Consiste em verificar a frequência de batimentos cardíacos em um minuto. É a ondulação exercida pela expansão das artérias segundo a contração do coração.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Relógio;
- Estetoscópio;
- Monitor Cardíaco.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos e usar álcool gel;
- Calçar luvas de procedimento e usar álcool gel;
- Manter o RN em decúbito dorsal;
- Colocar o estetoscópio de acordo com o tamanho do RN, sobre o ponto de impulso máximo no tórax;
- Procurar auscultar bem o pulsar. antes de iniciar a contagem;
- Contar as pulsações durante 1 minuto cheio;
- Lavar as mãos e usar álcool gel;
- Anotar no prontuário do paciente.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não há contra indicação

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Bradicardia;
- Taquicardia;
- Registrar incorretamente as alterações no prontuário do RN.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- No caso de ser evidenciada alteração severa da frequência cardíaca o enfermeiro responsável do setor deverá tomar as providências de urgência cabíveis em cada caso.
- Há fatores que afetam o pulso normal, como;
- Fisiológicos – emoções;
- Patológicos – febre, hipotensão que aumentam ou diminuem a frequência cardíaca;
- Alterações na frequência cardíaca;
- Bradiarritmia – pulso lento com menos de 60 batimentos por minuto.
- Se houver dúvidas na ausculta do pulso apical, deve-se reiniciar o procedimento
- Em caso de insegurança, pedir auxílio a um colega e assimilar a conduta de forma adequada.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Tamez, Raquel Nascimento. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco/ Raquel Nascimento Tamez, Maria Jones Pantoja Silva – Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2009.

Rodrigues, Francisco Paulo Martins. Normas e Condutas em Neonatologia: Serviço de Neonatologia de Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo: Atheneu, 2008.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 47
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Cateterismo Vesical de Alívio		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Mensuração de débito urinário horário;
 Coleta de urina para realização de exames;
 Proporcionar esvaziamento momentâneo vesical;
 Verificar presença de volume residual de diurese.
 Padronizar o Cateterismo vesical entre os membros da equipe de enfermagem a fim de promover uma assistência mais qualificada ao paciente neonatal.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva estéril;
- Sonda uretral nº 4 ou 6;
- Pinça para antissepsia;
- Campo fenestrado;
- Solução antisséptica clorexidine hidroalcoólica;
- Xilocaína gel;
- Máscara;
- Gaze estéril;
- Cuba redonda.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

O Cateterismo Vesical consiste na introdução de um cateter estéril via uretral até a bexiga para esvaziamento e controle da diurese, com finalidade de promover a drenagem urinária, realizar o controle rigoroso do débito urinário.

– Consiste de uma cateterização vesical para esvaziar de forma imediata a bexiga, injetar medicamento ou colher urina estéril para exame, após o procedimento, o cateter é retirado e desprezado. Procedimento que deve ser realizado com técnica asséptica e em situações especiais.

- Conferir a prescrição médica;

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a incubadora ou berço aquecido;
- Posicionar o RN da maneira mais confortável para o RN e propício ao procedimento
- Abrir a fralda deixando-a embaixo do recém-nato, se o RN for do sexo feminino posicionar uma compressa estéril abaixo do RN para a elevação do quadril e melhor visualização do óstio uretral;
- Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene perineal com sabão específico;
- Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis; sonda, gaze estéril ; sempre atentando para técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba;
- Calçar luvas estéreis;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel ou água destilada e deixa-la posicionada no campo estéril;
- Umedecer gazes ou algodão em clorexidina aquosa com auxílio de pinça e fazer antissepsia do períneo;
- Utilizar uma gaze para cada movimento;
- Realizar antissepsia do meato uretral:
- **MENINAS:** com a mão não dominante, separar as pregas dos grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. Usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral. **MENINOS:** recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glândula. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento. Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular de dentro para fora.
- Segurar a ponta da sonda lubrificada e introduzir delicadamente no meato uretral ligeiramente inclinada para baixo, devido à anatomia da uretra feminina ser em forma C, e a parte inferior do C representar o meato.
- Introduzir 5 cm após aparecimento da urina; deixando drenar a diurese espontaneamente;
- Após término, deixar a criança confortável;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Estenose uretral;
- Traumas ou Malformações do sistema geniturinário.
- Avaliar as restrições relacionadas ao RN.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, informando volume e característica da urina drenada e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sangramento no local.
- Desconforto durante o procedimento;
- Choro;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O procedimento deverá ser realizado sempre por dois profissionais para garantir a técnica asséptica.
- O enfermeiro deverá avaliar criteriosamente a escolha da sonda, de acordo com características anatômicas do RN.
- Caso seja observada sujidade (fezes, secreção, etc) realizar a limpeza da área com clorexidina degermante 2% antes da clorexidina aquosa.
- Manter sempre a privacidade do RN;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Cateterismo Vesical – Portal Maternidade Escola da UFRJ. Disponível em:www.me.ufrj.br/portal/images/stories/.../pop_12_cateterismo-vesical.

Procedimento Operacional Padrão. Cateterismo vesical em recém-nascido. UERJ/HUPE/UTI neonatal, 2011

Procedimento Operacional Padrão. Cateterismo vesical de alívio. HUGG/UTI neonatal, 2018

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 48
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Cateterismo Vesical de Demora		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento de retenção urinária;
- Monitorar débito urinário;
- Proporcionar controle hídrico adequado;
- Proporcionar limpeza da bexiga após procedimentos cirúrgicos (irrigação contínua).

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, Unidade Canguru, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva estéril;
- Sonda uretral nº 4 ou 6;
- Pinça para antisepsia;
- Campo fenestrado;
- Solução antisséptica clorexidine hidroalcoólica;
- Xilocaína Gel;
- Máscara;
- Gaze estéril;
- Cuba redonda;
- Coletor de urina em sistema fechado;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

O Cateterismo Vesical consiste na introdução de um cateter estéril via uretral até a bexiga para esvaziamento e controle da diurese, com finalidade de promover a drenagem urinária, realizar o controle rigoroso do débito urinário e preparar o paciente para procedimentos cirúrgicos.

- Sondagem Vesical de Demora (SVD) – O cateter permanece no trato urinário e é conectado a uma bolsa coletora, ficando por tempo indeterminado no paciente, condicionada a avaliação da necessidade de permanência se faz a troca ou retirada. A SVD tem indicação bastante restrita, deve ser evitada sempre que possível e deve ser removida assim que puder. Este procedimento precisa de técnica asséptica permitindo a criação de ambientes estéril, com a finalidade de evitar o risco de infecções.

- Conferir a prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a incubadora ou berço aquecido;
- Posicionar o RN da maneira mais confortável para o RN e propício ao procedimento
- Abrir a fralda deixando-a embaixo do recém-nato, se o RN for do sexo feminino posicionar uma compressa estéril abaixo do RN para a elevação do quadril e melhor visualização do óstio uretral;
- Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene perineal com sabão específico;
- Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis; sonda Foley, seringas, gaze estéril e sistema coletor fechado; sempre atentando para técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba;
- Calçar luvas estéreis;
- Pedir para o técnico de enfermagem abrir a ampola de AD, aspirar e testar o balão da sonda, infundindo o volume recomendado pelo fabricante (caso seja SVD com balonete);
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel ou água destilada e deixa-la posicionada no campo estéril;
- Umedecer gazes ou algodão em clorexidina aquosa com auxílio de pinça e fazer antissepsia do períneo;
- Utilizar uma gaze para cada movimento;
- Realizar antissepsia do meato uretral:
- MENINAS: com a mão não dominante, separar as pregas dos grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. Usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral. MENINOS: recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento. Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular de dentro para fora.
- Segurar a ponta da sonda lubrificada e introduzir delicadamente no meato uretral ligeiramente inclinada para baixo, devido à anatomia da uretra feminina ser em forma C, e a parte inferior do C representar o meato.
- Manter a extremidade distal dentro da bolsa coletora até o aparecimento de urina;
- Introduzir 5 cm após aparecimento da urina;
- Em SVD Insuflar o balão com água destilada, conforme volume do fabricante e tracionar levemente até sentir resistência;
- Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina sistema fechado, sem contaminar;
- Observar se realmente está encaixado, para evitar desconexão acidental;
- Fixar sonda na região supra púbica com fita adesiva ou fixador de sonda;
- Deixar a criança confortável;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Estenose uretral;
- Obstrução mecânica do canal da uretra;
- Trauma ou lacerações graves no sistema gênito urinário.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, atentando para aspecto, volume e cor da urina drenada, colocar no coletor etiqueta com data, hora do procedimento, nº da sonda e nome de quem realizou a sondagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto durante o procedimento;
- Choro;
- Infecção urinária;
- Lesão de meato urinário;
- Lesão na pele em decorrência da fixação da sonda;
- Sangramento local.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O procedimento deverá ser realizado sempre por dois profissionais para garantir a técnica asséptica.
- O enfermeiro deverá avaliar criteriosamente a escolha da sonda, de acordo com características anatômicas do RN.
- Caso seja observada sujidade (fezes, secreção, etc) realizar a limpeza da área com clorexidina degermante 2% antes da clorexidina aquosa.
- Manter sempre a privacidade do RN;
- Introduzir a sonda com delicadeza;
- Atentar para não tracionar a sonda pelo risco de lesão de uretra;
- Clampear o extensor da bolsa coletora quando a mesma for manipulada acima do nível da bexiga (por exemplo, durante transporte, higiene corporal, entre outros);
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga;
- Não desconectar a bolsa coletora da sonda após realização do cateterismo;
- Não realizar a prática de “desmame de sonda vesical de demora”, tendo em vista que ao clampar a sonda há retenção de urina residual, o que favorece a ocorrência de infecção urinária;
- Não realizar troca de bolsa coletora. Caso ocorra vazamentos, ruptura ou contaminação, todo o sistema deverá ser trocado;
- Não realizar troca rotineira e/ou programada da sonda;
- Realizar rodízio dos locais de fixação da sonda e evitar fixar em áreas lesadas.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Cateterismo Vesical – Portal Maternidade Escola da UFRJ. Disponível em:www.me.ufrj.br/portal/images/stories/.../pop_12_cateterismo-vesical. Acesso em 8 FEV de 2017.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: right;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 49
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de Oxigênio através de Campânula		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Fornecer concentração de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.
Fornecer substrato para o organismo atender às necessidades metabólicas do metabolismo celular.

É um sistema composto por um recipiente cilíndrico de acrílico transparente, com uma abertura para o pescoço do paciente e uma tampa superior móvel para facilitar o acesso ao paciente. Permite ofertar FiO₂ de até 100%, a partir da mistura de ar comprimido e oxigênio a partir de uma fonte de gases. Apresenta-se em três tamanhos, com capacidades de 4, 8 ou 12 l/min.

Indicada para neonatos e lactentes jovens, quando necessário FiO₂ estável e conhecida

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Água destilada;
- Capacete de oxigênio;
- Látex;
- Conexão Y;
- Umidificador para oxigênio;
- Fluxômetros para oxigênio e ar comprimido;
- Ponteira para fluxômetro de ar comprimido;
- Oxímetro de pulso.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos, utilizar álcool gel
- Separar capacete de tamanho adequado para o paciente.
- Monitorizar (oxímetro de pulso) e avaliar paciente.
- Checar funcionamento da rede de oxigênio e de ar comprimido.

- Acoplar umidificador de gases em pelo menos um dos fluxômetros previamente instalados na rede de gases.
- Colocar a água destilada no umidificador de oxigênio e de ar comprimido;
- Montar o circuito em Y: uma ponta do látex é conectada na ponteira do fluxômetro do ar comprimido outra ponta no umidificador de oxigênio e a terceira no capacete;
- Posicionar o RN confortavelmente;
- Instalar oximetria de pulso;
- Ajustar os parâmetros do alarme de oxímetro de pulso;
- Registrar no prontuário o início do suporte e o desmame, quando realizado.

HIGIENIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO

- Após o uso, higienizar capacete com compressa e SURFIC.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Conforme critério médico.

7. REGISTROS

- Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, informar a quantidade de oxigênio que esta sendo administrada e evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.
- Na persistência de baixos níveis de SpO₂ e/ou dispneia, comunicar a equipe médica e considerar a necessidade de outro sistema ou de suporte ventilatório.
- Em caso de intercorrência clínica, comunicar a equipe médica, e registrar o ocorrido em prontuário.
- Em caso de não funcionamento adequado do equipamento, cancelar o procedimento e solicitar troca e/ou reposição do mesmo.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Diminuição da frequência respiratória com ritmo respiratório irregular;
- Presença de sudorese;
- Palidez;
- Taquicardia;
- Alterações da consciência, desde agitação ou sonolência até o coma.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não devem ser obstruídas as aberturas que há na campânula, pois o gás carbônico sai para o ambiente por esses espaços. A água destilada do umidificador na oxigenioterapia deve ser trocada a cada 24 horas.

Manter avaliação sistemática e contínua dos sinais vitais e monitoramento da cianose e do esforço respiratório do RN.

A oxigenioterapia deve estar prescrita no receituário médico, todos os dias até a sua interrupção;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 50
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Desinfecção Terminal da Incubadora		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Remover sujidade;
 Eliminar ou minimizar a presença de micro-organismos patogênicos da incubadora.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- SURFIC
- Água e sabão neutro;
- Luvas de procedimento;
- Flanela.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Preparar o material necessário;
- Retirar os forros suios e acondicioná-los em recipiente próprio;
- Encaminhar a incubadora para o expurgo;
- Remover as guarnições das portinholas, colchão piramidal, bandeja, parede dupla da cúpula;
- Lavar as peças móveis com água corrente e sabão neutro;
- Lavar a cúpula e colchão com sabão neutro;
- Proceder a lavagem do “canudo” do reservatório;
- Colocar o painel de comando no local;
- Montar as partes móveis;
- Passar SURFIC por toda superfície interna e externa da incubadora;
- Realizar a troca do filtro se necessário, colocando a data da troca (validade de 3 meses);
- Acondicionar material utilizado em recipiente adequado;
- Lavar as mãos;
- Deixar incubadora ligada na corrente elétrica.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

Anotar a limpeza na etiqueta de identificação de terminal do equipamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Permanência de sujidade na incubadora: realizar a limpeza da incubadora novamente;
- Quebra de alguma peça da incubadora: comunicar a chefia e acionar o Setor da Manutenção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Não passar álcool 70% no acrílico;
- O filtro da incubadora deve ser inspecionado a cada desinfecção terminal e trocado quando necessário, não devendo ultrapassar três (3) meses de uso;
- Limpeza e desinfecção terminal da incubadora deve ser realizada a cada 30 dias, na alta hospitalar, em casos de transferência e óbito de Rn;
- A água do reservatório deve ser trocada diariamente, escoando todo o conteúdo e repondo com água destilada nova. O recipiente pode ser trocado na desinfecção terminal da incubadora;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o manuseio da incubadora.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Rotina Limpeza e Desinfecção/Esterilização de Materiais e Equipamentos Utilizados em Assistência Ventilatória. Universidade Estadual de Maringá. Hospital Universitário Regional de Maringá. Serviço de Infecção Hospitalar, 2015.

Manual do usuário, Incubadora Neonatal Vision Advanced 2286, FANEM, São Paulo-Brasil.

Basso M, Abreu ES. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antisepsia. 2ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p.18-33.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>	POP Nº 51
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Desinfecção Concorrente da Incubadora			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Tem como objetivo remoção de sujidade, coleta de resíduos e desinfecção da incubadora quando indicado.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- SURFIC;
- Luvas de procedimento;
- Flanela;
- Água sabão neutro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos, passar álcool gel;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o RN na parte proximal do colchão;
- Passar flanela úmida com água e sabão neutro, secando bem;
- Colocar o RN na parte distal do colchão e repetir o procedimento;
- Colocar o lençol no colchão, deixando o RN confortável
- Proceder a limpeza da cúpula, iniciando pela parte interna utilizando flanela úmida com água e sabão neutro;
- Utilizar SURFIC;
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

- Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Permanência de sujidade na incubadora: realizar a limpeza da incubadora novamente;
- Quebra de alguma peça da incubadora: comunicar a chefia e acionar o Setor da Manutenção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Realizar desinfecção concorrente após o banho e sempre na presença de sujidades;
- A limpeza concorrente é de responsabilidade da enfermagem.
- Não passar álcool 70% no acrílico. Utilizar álcool gel nas mãos após a lavagem; O procedimento deverá ser realizado 3 vezes ao dia, preferencialmente 1 vez por turno de trabalho;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o manuseio da incubadora.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Rotina Limpeza e Desinfecção/Esterilização de Materiais e Equipamentos Utilizados em Assistência Ventilatória. Universidade Estadual de Maringá. Hospital Universitário Regional de Maringá. Serviço de Infecção Hospitalar, 2015.

Manual do usuário, Incubadora Neonatal Vision Advanced 2286, FANEM, São Paulo-Brasil.

Basso M, Abreu ES. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antissepsia. 2ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p.18-33.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 52
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Desinfecção Concorrente do Berço Aquecido		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Tem como objetivo remoção de sujidade, coleta de resíduos e desinfecção do berço aquecido quando indicado.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- SURFIC;
- Luvas de procedimento;
- Flanela;
- Água e sabão neutro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos, passar álcool gel;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o RN na parte proximal do colchão;
- Passar flanela úmida com água e sabão neutro, secando bem;
- Colocar o RN na parte distal do colchão e repetir o procedimento;
- Colocar o lençol no colchão, deixando o RN confortável
- Proceder a limpeza da parte externa do berço, iniciando pela parte interna utilizando flanela úmida com água e sabão neutro;
- Utilizar SURFIC ;
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

- Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Permanência de sujidade no berço: realizar a limpeza do berço novamente;
- Quebra de alguma peça do berço: comunicar a chefia e acionar o Setor da Manutenção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Realizar desinfecção concorrente após o banho e sempre na presença de sujidades;
- A limpeza concorrente é de responsabilidade da enfermagem.
- Não passar álcool a 70% no acrílico. Utilizar álcool gel nas mãos após a lavagem;
- O procedimento deverá ser realizado 3 vezes ao dia, preferencialmente 1 vez por turno de trabalho;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o manuseio do berço.

10. REFERÊNCIAS


Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Rotina Limpeza e Desinfecção/Esterilização de Materiais e Equipamentos Utilizados em Assistência Ventilatória. Universidade Estadual de Maringá. Hospital Universitário Regional de Maringá. Serviço de Infecção Hospitalar, 2015.

Basso M, Abreu ES. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antisepsia. 2ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p.18-33.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 53
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Desinfecção Terminal do Berço Aquecido		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Remover sujidade;
Eliminar ou minimizar a presença de micro-organismos patogênicos da incubadora.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- SURFIC
- Luvas de procedimento;
- Flanela;
- Água e sabão neutro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Retirar os forros sujos e acondicioná-los em recipiente próprio;
- Encaminhar o berço para o expurgo;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Remover as quarnições das laterais, colchão piramidal;
- Lavar as peças móveis com água corrente e sabão neutro;
- Montar as partes móveis;
- Passar SURFIC por toda superfície interna e externa do berço aquecido;
- Datar o procedimento no berço aquecido;
- Acondicionar material utilizado em recipiente adequado;
- Lavar as mãos;
- Deixar o berço ligado na corrente elétrica.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Não se aplica.

7. REGISTROS

Anotar a limpeza na etiqueta de identificação de terminal do equipamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Permanência de sujeira no berço: realizar a limpeza do berço novamente;
- Quebra de alguma peça do berço: comunicar a chefia e acionar o Setor da Manutenção.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Não passar álcool a 70% no acrílico;
- Limpeza e desinfecção terminal no berço deve ser realizada a cada 30 dias, na alta hospitalar, em casos de transferência e óbito de Rn;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o manuseio do berço.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Rotina Limpeza e Desinfecção/Esterilização de Materiais e Equipamentos Utilizados em Assistência Ventilatória. Universidade Estadual de Maringá. Hospital Universitário Regional de Maringá. Serviço de Infecção Hospitalar, 2015.

Basso M, Abreu ES. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e antisepsia. 2ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p.18-33.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 54
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Auxílio na Punção Lombar		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

O objetivo da coleta de líquor serve para o reconhecimento dos vários tipos de infecções meningéas e de muitas outras afecções neurológicas. Ao mesmo tempo, ela possibilita medir a pressão do líquor, importante em muitas patologias neurológicas.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Scalp nº25 para RN maiores e nº27 para RN menores;
- Clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Frascos esterilizados para coleta de líquor;
- Gaze estéril,
- Hipafix
- Luva estéril.
- Luvas de procedimentos;
- Campo fenestrado estéril;
- Bandeja de punção lombar

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar material necessário;
- Lavar as mãos e passar álcool gel;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Alcançar luvas estéreis ao médico plantonista;
- Posicionar neonato em decúbito lateral, com membros inferiores e pescoço fletido;
- Abrir bandeja de punção lombar;
- Realizar assepsia da região lombar com clorexidine hidroalcoólica ou aquosa;
- Abrir campo fenestrado, Scalp nº25 ou nº27 e 2 frascos estéreis para coleta;
- Manter neonato em posição lateral e ou sentado;
- Após procedimento, realizar pequeno curativo no local com hipafix;
- Posicionar neonato em decúbito dorsal;
- Recolher e desprezar material em local adequado;

- Manter ambiente organizado e limpo;
- Lavar as mãos;
- Anotar procedimento no prontuário do paciente.
- Comunicar Laboratório sobre a coleta.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Recém Nascido instável;
- Infecções superficiais no local da punção.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Sangramento no local da punção;
- Dor;
- Choro;
- Infecção;
- Lesão do plexo venoso e produção de hemorragia no liquor. Existe um grande prejuízo para análise bioquímica, com conseqüente problema na interpretação;
- A principal e a mais temida das complicações é a hérnia de amígdalas cerebelares.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O líquido deve ser armazenado em 2 frascos;
- Uma pressão local deve ser aplicada por 3 a 5 minutos no sítio de punção para minimizar o risco de escape líquido.
- Manter curativo no local;
- Um ajudante deve estar apto em função da posição que deve ser adotada pelo RN, além do manuseio dos frascos para coleta de material .

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

**Elaborado por:
Aline Rebelato
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Revisado por:
Camila Dos Santos
Enfermeira da UTI
Neonatal**

**Aprovado por:
Maristane Almeida
Gerente de Enfermagem**

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 55
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Transporte Intra Hospitalar			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Realizar a transferência do RN de modo a assegurar sua integridade física minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Médico, Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Incubadora de transporte;
- Caixa de emergência;
- Fonte de oxigênio;
- Látex;
- Ambú com reservatório;
- Monitor de FC/SatO2.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar RN dentro da incubadora de transporte;
- Posicionar RN confortavelmente;
- Encaminhar paciente para realização do exame ou encaminhar para outra unidade de internação:
- Manter a homeostase;
- Evitar resfriamento ou hiper aquecimento;
- Controlar FIO2, evitar cianose;
- Monitorizar a respiração: frequência respiratória;
- Monitorização cardio-circulatória: frequência cardíaca, pulsos, pressão arterial, perfusão periférica e cor da pele;
- Monitorização das eliminações -saco coletor;
- Monitorização neurológica: estado de vigília, tônus, atividade, reatividade, reflexos, tremores, abalos e convulsão;

- Controlar perfusão venosa: volumes administrados/ velocidade de infusão;
- Verificar fixação de tubos, sondas, cateteres e eletrodos;
- A fixação cuidadosa da cânula antes do início do transporte deve ser a regra para prevenir a extubação acidental. Caso ocorra extubação é imperativo a parada imediata de tal modo que o paciente seja reintubado de forma rápida e adequada;
- Uma vez terminado o transporte, devera ser feito a reposição do material gasto e preparo do equipamento.
- Realizar desinfecção na incubadora de transporte.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Recém Nascido clinicamente instável.

7. REGISTROS

Registrar no protuário do RN,evoluir intercorrências evidenciadas durante o transporte.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Falta de oxigênio e ar comprimido durante o transporte;
- RN apresentar PCR;
- Materiais apresentar defeitos durante o transporte;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Os profissionais de saúde envolvidos no transporte devem dispor de conhecimento e habilidade para procedimentos de urgência e emergência envolvendo o transporte intra hospitalar;
- Verificar se cilindro de oxigênio está carregado.

Transporte Intra Hospitalar

- Pode ser temporário ou definitivo ocorre com grande frequência dentro da instituição. Realizado apenas entre setores, para intervenções diagnósticas ou para transferência do setor de origem para o de maior ou menor complexidade da própria instituição;
- Transferência para fora da área de cuidados intensivos (UTI neonatal): envolve a transferência de RN com alta médica, apto a ingressar em unidades de menor complexidade (Alojamento canguru/Alojamento conjunto);
- Transferência de RN para uma área de cuidados intensivos: envolve o transporte de RN do Centro obstétrico (sala de cuidados RN) ou Enfermaria(Alojamento conjunto) para a UTI neonatal;
- Transferência de RN do alojamento conjunto e retorno ao respectivo setor: envolve o transporte do RN para as aéreas onde são realizados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não cirúrgicos e o retorno ao setor de origem;
- Transferência não crítica: são incluídos aqui os deslocamentos não emergenciais e rotineiros, após o nascimento, do centro obstétrico para o alojamento conjunto;
- No transporte intra hospitalar a equipe envolvida no transporte varia de acordo com quadro clínico do RN. O neonatologista e o enfermeiro estão presentes no acompanhamento de Rns com instabilidade clínica e/ou hemodinâmica, já o técnico de enfermagem e o profissional do transporte realizam a transferência de RNs estáveis;

- Quando a transferência intra hospitalar do RN é realizada do Centro Obstétrico para a UTI Neonatal, o RN é transportado em incubadora de transporte aquecida na presença de um neonatologista e um profissional da equipe de enfermagem. Os equipamentos e materiais necessários são disponibilizados pelo setor de origem de acordo com o quadro clínico do RN;
- Para as demais transferências intra – hospitalares, o RN é aquecido por meio de roupinhas e cueiros e o transporte é realizado em berço comum. O RN deveser conduzido por um profissional do transporte acompanhado ou não por um profissional da equipe de enfermagem.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).


Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Transporte Neonatal Inter e Intra – Hospitalar. Disponível em: www.maternidade.ufrj.br/portal/.../transporte_neonatal_intra_e_inter_hospitalar. Acesso 03 de Mar, 2017.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: center;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 56
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Método Canguru		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Promover o contato pele a pele, vivenciando o contato intra útero;
O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado;
Reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido, favorecendo o vínculo;
Permitir um controle térmico adequado e contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
Reduzir o estresse e a dor do recém-nascido;
Possibilitar a competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar;
Reduzir o número de reinternações;
Contribuir para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Álcool gel;
- Luvas de procedimentos.
- Avental

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Com o nascimento do bebê e havendo necessidade de sua internação e permanência na UTI Neonatal, especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade e de estabelecer contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos.
- Trabalha-se o estímulo à lactação e à participação dos pais nos cuidados com o bebê.
- A posição canguru é proposta pela Enfermagem sempre que possível e desejada.
- O contato pele a pele no Método Canguru começa com o toque, evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, inicialmente por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.

- Esse método permite uma maior participação dos pais nos cuidados neonatais.
- O Método Canguru deve ser aplicado em RNs com estabilidade hemodinâmica e peso acima de 1250 gramas e pode ser feito com a mãe, pai ou responsável pela criança. Estima-se uma duração de, no mínimo, 60 minutos e não há tempo máximo, desde que o RN se mantenha estável e sem necessidade de exposição a algum procedimento e/ou rotina que não se adeque à postura Canguru.
- Orientar a mãe a importância da higienização das mãos;
- Orientar para manter cabelo preso;
- Orientar e auxiliar mãe ou responsável a maneira do uso correto do avental para realizar o Método Canguru
- A técnica consiste em posicionar o RN na vertical, entre os seios da mãe/responsável, com os membros inferiores fletidos, os membros superiores fletidos e abduzidos, sendo o RN envolvido, junto à mãe/responsável.
- A enfermagem deve realizar permanente monitorização de todo processo, verificando dados vitais, sinais de desconforto respiratório do RN e, caso ocorra alguma instabilidade hemodinâmica se suspende imediatamente a técnica, sempre orientando a família e realizando nova tentativa, assim que possível.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- RNs com peso menos 1.250kg;
- RNs clinicamente instáveis;
- RNs em ventilação mecânica/ Cpap Nasal/ Fototerapia/ Rns com acesso periférico e de difícil acesso venoso.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o método canguru.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do Rn ao solo;
- Risco de perder acesso venoso periférico.
- Risco de Infecção

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Compete à equipe de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro supervisor auxiliar a mãe e ou pai na execução do procedimento;
- Caso ocorra uma negativa na participação da mãe/cuidador em realizar o método, tenta-se primeiramente o entendimento do motivo pelo qual existe esta postura.
- Não há exigência, porém, na maioria das vezes, a mãe/cuidador entende a importância desse momento para o conforto e melhor desenvolvimento neuropsicomotor do seu bebê.
- A enfermagem deve assegurar-se de que os eletrodos, cateteres venosos e equipo de soro estejam bem fixos durante a transferência do RN da incubadora para os braços da mãe;
- Checar frequentemente a temperatura nos primeiros minutos do procedimento;

- O tempo de contato pele a pele deve ser baseado na estabilidade do neonato em tolerar o procedimento;
- A mãe e ou pai deverão estar isentos de lesões na pele ou infecções que possam colocar o recém-nascido em risco de adquirir infecção;
- O procedimento deverá ser realizado com hora previamente marcada; os pais deverão estar cientes de que havendo mudança no quadro do paciente ou uma emergência no setor, este procedimento poderá ser transferido para outra ocasião.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

TAMEZ,R.N.; Silva, M.J.P; Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém Nascido de Alto Risco.2.ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002. p.173 – 175.

Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Manual Técnico 2ª Edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília - DF 2011.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 57
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Higiene Bucal		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Manter a cavidade oral limpa, para evitar o acúmulo de bactérias na boca e evitar cáries;
 Reduzir a colonização de micro-organismos;
 Proporcionar conforto e bem-estar;
 Promover hidratação e manter a integridade das mucosas orais;
 Massagear as gengivas;
 Prevenir infecções orais, pulmonares e sistêmicas.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal, Unidade Canguru e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas;
- Gaze;
- Água destilada.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar Luvas;
- Passar gaze umedecida com água na gengiva + língua do bebê após cada mamada;
- Retirar Luvas;
- Lavar as mãos.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- A critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesões na cavidade oral;
- Sangramento nas gengivas.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Avaliar e monitorar a cavidade bucal (lábios, dentes, língua, mucosas, palato, fossas das amígdalas e gengivas) quanto a umidade, coloração, textura, simetria, mobilidade, odor, integridade da mucosa, secreção e presença de resíduos/detrimentos, antes e após a higienização bucal;
- Umedecer a cavidade bucal dos RNs intubados com água, pelo menos, a cada 6 horas, intercalando com a higiene bucal;
- A higiene deve ser realizada para evitar o acúmulo de bactérias na boca e evitar cáries;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos para a higiene oral atendendo a necessidade humana básica de higiene e conforto.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Camila Dos Santos Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 58
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Higiene Ocular		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Consiste na limpeza da região ocular, proporcionando higiene e conforto ao Recém Nascido e evitando a contaminação de bactérias.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas;
- Algodão em bolas ou gaze esterilizada;
- Água destilada.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Passar o algodão umedecido em água destilada na região ocular em movimentos cuidadosos e delicados no sentido da aérea interna para a externa, utilizando um algodão para cada olho;
- A higiene deve ser realizada para retirar secreções oculares;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.
- Repetir o procedimento se necessário, trocando a gaze.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- A critério médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, observar e anotar presença de secreções, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Lesão ocular;
- Hiperemia ocular;
- Ressecamento ocular;
- Inflamação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Orientar a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos para a higiene ocular atendendo a necessidade humana básica de higiene e conforto.
- Higiene ocular deve ser realizado em todos os turnos de trabalho;
- Correta higienização dos olhos pode evitar inflamações;
- A limpeza das pálpebras, principalmente da base dos cílios é extremamente importante para evitar infecções e inflamações palpebrais, para manter a qualidade da lágrima e, conseqüentemente, manter uma boa qualidade visual.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 59
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Oxigenioterapia via Cateter Nasal		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Fornecer aporte do oxigênio.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Etiqueta para identificação,
- Umidificador,
- Tubo extensor;
- Água destilada (se prescrito);
- Fluxômetro, luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Cateter nasal (nº 6, 8 ou 10) ou cateter tipo óculos, adesivo hipoalergênico;
- Gaze (não estéril).

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Monte o umidificador;
- Faça a identificação do umidificador (etiqueta contendo o nome e sobrenome, leito, data e hora da instalação) e cole no frasco;
- Reúna o material leve até o leito do paciente;
- Confira o nome completo do paciente que consta na prescrição;
- Explique o procedimento ao paciente.
- Eleve a cabeceira do leito (entre 30 a 45°).
- Conecte o umidificador no ponto de oxigênio por meio de fluxômetro;
- Conecte o cateter no tubo extensor e mantenha-o protegido na própria embalagem;
- Higienize as mãos;
- Calce a luva de procedimento;

- Limpe o nariz e as narinas do paciente com gaze umedecida em solução fisiológica.
- Introduza o cateter na narina (4 a 6 cm), ou adapte o cateter tipo óculos.
- Se cateter comum, fixe o cateter no nariz ou face,
- Se cateter tipo óculos, ajuste as tiras atrás da orelha e no mento;
- Abra o fluxômetro regulando a quantidade de oxigênio em litros por minuto (L/min), de acordo com a prescrição médica (se houver água no umidificador, verifique se há borbulhamento no frasco);
- Observe o paciente por alguns minutos e verifique a pressão arterial, o pulso, a frequência respiratória e a saturação de oxigênio;
- Deixe o paciente confortável;
- Recolha o material do leito;
- Retire as luvas de procedimento e descarte em local apropriado;
- Higienize as mãos;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e fricção com álcool a 70%.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Lesão de asa de nariz;
- Lesão der pele devido a fixação;

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento e informar os sinais vitais.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Falha na identificação do paciente e do procedimento;
- Administração de volume inadequado de oxigênio (maior ou menor que prescrito);
- Lesão de pele (fixação inadequada);
- Resseca a mucosa nasal, pois fornece pequena umidade;
- Pode ser irritante e incomodo com o uso prolongado.
- Contaminação com material biológico.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O uso de oxigênio deve ser feito com prescrição médica;
- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial;
- O fluxo recomendado é de 0,5 a 2 L/min;
- A fixação do cateter deve ser trocada diariamente;
- Deve-se fazer revezamento nas narinas se uso do cateter simples;
- O cateter de oxigênio é de uso individual e não de manda troca programada, devendo ser mantido protegido em embalagem plástica junto ao leito do paciente; e realizado desinfecção com álcool 70% a cada plantão e descartado na saída do paciente.

- Caso necessário, para a reposição de água estéril no frasco, desprezar o líquido, e realizar novo preenchimento após realizar a higienização do frasco.
- O frasco/extensão do umidificador, quando utilizado com água, deve ser trocado a cada 24hs e, quando utilizado sem água deve ser trocado se apresentar sujidade ou, no máximo, a cada 07 dias.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).


Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 60
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Monitorização Cardíaca		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Consiste em manter a visualização contínua da atividade elétrica (ritmo e frequência) do coração, através de um equipamento, sendo possível também a detecção de arritmias e pressão arterial.

2. ABRANGÊNCIA

Berçário, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);
- Pasta condutora;
- Papel higiênico ou toalha de papel para remover a pasta da pele do paciente;
- Micropore;
- Eletrodos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no RN da seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno;
 - 2º disco (fio verde): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno;
 - 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular.;
- Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no RN na seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais;
 - 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável;
 - 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais;
 - 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável;

5º disco (fio branco) na parte inferior da caixa torácica.

- Conectar os cabos do monitor nos discos conforme a cor especificada acima;
- Ligar o aparelho acionado a chave ON/OFF;
- Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Manter a chave FILTRO ligada;
- Manter o paciente em ordem e confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- A Critério Médico.

7. REGISTROS

Checar procedimento realizado na prescrição médica e/ou enfermagem, registrar no prontuário do recém-nascido, anotar o horário de início e término da monitorização, evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Eletrodos colocados em local errado;
- Cabos colocados em local errado;
- Fixação inadequada;
- Não funcionamento do monitor;
- Interferências.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Evitar danificar o aparelho; No multiparâmetro as cores mudam e o 3º disco muda a região: o 1º (verde), 2º (amarelo), o 3º (vermelho) que fica na região esternal linha axilar; Em caso de multiparâmetro com 5 eletrodos, o 5 disco fica no hemitórax D linha axilar ao lado do externo;
- Aplicar pasta condutora no local onde fixará os eletrodos descartáveis se os mesmos já não tiverem o gel;
- A pasta condutora deve ser aplicada no centro do disco;
- Rodiziar sensor de oxímetro a cada 03 horas;
- Fixar eletrodos conforme diagrama pré estabelecido;
- Observar edema e cianose dos dedos.
- Ajustar os alarmes do monitor, aumentando o volume. O alarme de frequência do monitor deverá estar sempre ligado;

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 61
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Passagem de Plantão		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Atualizar a equipe de enfermagem em relação às condições de saúde, assim como intercorrência das pacientes internadas na unidade.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

A passagem de plantão se dará 10 minutos antes do horário de chegada e saída de cada profissional;

Na troca de plantão cada técnico passará ao colega do próximo horário as condições gerais e/ou sua alteração e a conduta proposta, se algum exame foi realizado ou não, se a paciente está recebendo algum preparo para exame a ser feito e andamento do mesmo, presença de soro, drenos, sondas. Cuidados de enfermagem realizados com as pacientes e os recém-nascidos;

Passar o plantão deixando o ambiente de trabalho organizado, comunicando e justificando pendências em caso de urgência/emergência em final de plantão;

Cada técnico de enfermagem fica responsável pelos recém-nascidos internados, o plantão deve ser realizado no leito de cada recém-nascido.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Deixar passagem de plantão anotada em folha própria, em caso de algum esquecimento ou dúvidas a equipe de enfermagem poderá utilizar.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Esquecer de transmitir alguma informação importante de alguma paciente durante a passagem de plantão.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Realizar a transmissão das informações para toda a equipe que chega para o seu turno de trabalho;
- Evitar que os profissionais técnicos/ auxiliares de enfermagem realizem a retirada das medicações das prescrições médicas e dos cuidados das prescrições de enfermagem durante a passagem de plantão;
- Realizar as perguntas pertinentes à continuidade da assistência, preferencialmente, durante a passagem de plantão e no momento em que são passadas as informações do paciente.
- Manter a conduta ética durante a passagem de plantão.
- As faltas não previstas, licenças médica, óbito de familiares e outros, assim como os atrasos deverão ser comunicados com antecedência, ao enfermeiro da unidade assistencial e ao Responsável Técnico (RT) de enfermagem ou Plantonista Administrativo (PA), para adequação do quantitativo de profissionais em tempo hábil.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

EBSERH – Hospitais Universitários Federais. Procedimento Operacional Padrão – POP/ Serviço de Educação em Enfermagem 01/2016. Passagem de Plantão da Equipe de Enfermagem. Versão 1.0. Disponível em: www.ebserh.gov.br. Acesso em 18 de Jan 2017.

COREN SP. Parecer Coren – SP. Cat nº009/2010. Assunto: passagem de plantão. Disponível em: www.coren_sp.gov.br Acesso em: 07 Dez 2016.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932	POP Nº 62
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Revisão do Carro de Emergência			
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Revisar o carro de emergência quanto a validade e a quantidade dos materiais e medicamentos.

2. ABRANGÊNCIA

Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Caneta;
- Lista com os nomes de materiais e medicamentos do carro de emergência;
- Lacre com série de número.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Revisar o carro de emergência conforme a relação pré – estabelecida ou padronizada pela instituição;

Conferir a validade dos medicamentos e se a quantidade disponível está de acordo com o estabelecido ou padronizado;

Repor os materiais e medicamentos que não estiveram de acordo com a relação;

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar na planilha de conferências, qual profissional que realizou a revisão e a data da mesma.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Caixa das medicações abertas, sem estar lacrada;

Retirar as medicações da caixa de emergência sem necessidades e sem autorização.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Manter a caixa das medicações lacradas, retirar o lacre somente em casos de emergência/ urgência.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 ago 22]; 16(6).

COREN SP. Parecer Coren - SP CT 037/2013. Ementa: Carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf. Acesso em: 08 DEZ 2016.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 63
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Prevenir a transmissão cruzada de infecções;
Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Todos os profissionais da instituição.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Água corrente;
- Lavatório exclusivo para higiene das mãos;
- Lixeira para descarte de papel toalha;
- Papel toalha;
- Sabonete líquido.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- A higiene das mãos deverá ser realizada conforme os “5 momentos para higienização das mãos”: antes do contato com o paciente; antes da realização do procedimento asséptico, após exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas do paciente;
- Retirar todos os adornos das mãos;
- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si. A lavagem das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;

- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando totalmente os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- No caso de torneira com contato manual para fechamento, fechar a torneira com papel toalha, desprezando-o na lixeira para resíduos comuns.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Dermatite nas mãos;
- Ressecamento das mãos.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Enxaguar bem as mãos para remover todo o resíduo de sabonete líquido;
- Evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele;
- Não lavar as mãos com água e sabonete imediatamente após o uso de preparações alcoólicas, a fim de evitar dermatites;

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 64
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Escala de Folga		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

A Escala Mensal de Serviço de Enfermagem é um documento oficial das Unidades Assistenciais, na qual é registrada a distribuição da equipe de enfermagem durante todos os dias do mês, segundo o turno de trabalho de cada servidor, de acordo com a carga horária semanal e mensal. Tem a finalidade de manter o quantitativo mínimo de servidores para garantir a qualidade da assistência de enfermagem.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Formulário de escala;
- Escala anterior;
- Escala anual de Férias;
- Calendário;
- Papel;
- Caneta;
- Lápis;
- Borracha;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Faz o esboço da escala;
- Solicita às folgas que gostaria de gozar (o número que pode ser marcado depende da combinação do enfermeiro com a sua equipe);
- Elabora a escala;
- Entrega uma cópia da escala ao Setor de Pessoal e outra expõe no mural da unidade, assinada e carimbada por ele e pelo Responsável Técnico da Enfermagem;

- Faz as alterações conforme a necessidade e no final do mês envia por e-mail ao Setor de Pessoal informando sobre as alterações realizadas na escala.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Devera manter sempre guardado uma cópia original da escala, assinada e carimbada pelo Gestor da Unidade e pelo Responsável Técnico da Enfermagem.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Esquecer de dar para o funcionário um domingo na escala, pois o mesmo tem direito por legislação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- A Escala de serviço é elaborada mensalmente;
- A Chefia de Serviço é responsável pela elaboração e atualização da Escala Mensal de Serviço. Na sua ausência o Enfermeiro Assistencial designado ou o Coordenador de Área assumirão a responsabilidade;
- As alterações, coberturas e registros devem ser feitos somente pelos responsáveis;
- Deve conter em suas colunas nome/ sobrenome do servidor, categoria funcional, número do Coren, os dias do mês e espaço para observações;
- A jornada de trabalho diária não pode ultrapassar 12 horas;
- Nos afastamentos de longa data (LTS, LG, Férias e Liberações) deve ser passado traço reto e anotado nas observações o motivo de afastamento conforme as legendas padrões.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>		POP Nº 65
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Troca de Materiais no CME		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Realizar a esterilização dos materiais da unidade.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandejas;
- Materiais da unidade.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Leva a bandeja de materiais até o CME;
- Recebe, revisa as condições e confere a quantidade de material;
- Recebe o material reesterilizado, confere as anotações da solicitante na presença do funcionário do CME;
- Encaminha o material à unidade e guarda nos devidos lugares.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não há contra indicação.

7. REGISTROS

Anotar na planilha de conferências da unidade.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCO

- Falta de materiais;
- Contaminação.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Cuidados no transporte dos materiais, limpeza e funcionalidades dos mesmos.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017 ago 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 66
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Solicitação de Materiais de Consumo ao Almojarifado			
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Solicitar os materiais necessários para a semana para o almojarifado.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e secretária da UTI Neonatal.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Papel;
- Caneta;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Revisa o material em estoque e realiza o pedido;
- Realiza o pedido online na JME;
- Separa o material e entrega nas unidades;
- Recebe, confere o material na unidade e guarda no local apropriado.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não há contra indicação.

7. REGISTROS

O pedido fica registrado na JME.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Falta de materiais.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Revisar criteriosamente todo material na unidade para que não ocorra falta de algum item a ser solicitado.

10. REFERÊNCIAS

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 67
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Cuidados com o Corpo após o Óbito		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Preparar o corpo após constatação do óbito.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimentos;
- Micropore;
- Gaze estéril;
- Ficha de identificação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Verificar prontuário se foi constatado óbito e o horário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Desligar equipamentos e infusões;
- Retirar sondas e cateteres;
- Estender imediatamente o corpo, colocando-o em posição anatômica;
- Fazer limpeza do corpo e trocar curativos se necessários;
- Fechar as pálpebras, se as mesmas se mantiveram entreabertas;
- Vestir o corpo com a roupa do mesmo ou do hospital;
- Fazer a identificação;
- Encaminhar e acompanhar o corpo até o necrotério;
- Providenciar a limpeza terminal do leito conforme rotina
- Comunicar lactário;
- Devolver as medicações à farmácia e encaminhar o prontuário ao setor responsável o mais breve possível;
- Registrar todos os procedimentos no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Ausência da constatação médica do óbito

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCO

- Não há riscos.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Pais que levarão o RN consigo deverão portar o atestado de óbito e documento da funerária para liberação do corpo.


Quaisquer que sejam os procedimentos adotados devem ser realizados com dignidade.

10. REFERÊNCIAS

Joana Lech (org.) Manual de procedimentos de enfermagem. Martinari. Hospital Alemão Oswaldo Cruz., 2006.

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017 agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 68
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Limpeza da Unidade		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Remoção das sujidades para redução de infecções hospitalares.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Maternidade, Centro Obstétrico e Unidades de Internação.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Sanificação.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Calça;
- Jaleco;
- Luvas de borracha;
- Bota de borracha;
- Avental impermeável;
- Carro funcional.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Colocar o material necessário no carro funcional. Estacioná-lo no corredor ao lado da porta do quarto nunca obstruir passagens.
- Cumprimentar o paciente e explicar o que será feito.
- Calçar luva amarela para fazer a retirada dos lixos do quarto.
- Recolher os sacos de lixo do local e depositá-los no saco do hamper do carro de limpeza.
- Calçar luva azul para a limpeza de superfícies
- Pegar o balde pequeno e iniciar pelo telefone. Utilizar pano umedecido e torcido com água e detergente. Seguir a limpeza da mesa de refeições e mesa de cabeceira utilizando a luva azul, retirando-a para elevar alimentos e objetos, utilizar água e detergente. Não limpar paredes internas ou gavetas, pois elas podem conter pertences do paciente. Limpar laterais, pernas das mesas. Após as cadeiras de acompanhante com água e detergente do balde pequeno .

- Em casos de muita sujidade, remover o pó e detritos do chão fazendo uso de pano úmido e rodo. Não conduzir sujeira até a porta de entrada, recolher do ambiente com auxílio de pá ou com o pano úmido. Nesta etapa os 2 baldes conterão somente água.
- Realizar limpeza dos mobiliários com detergente, inclusive das maçanetas (usar perfix azul para o quarto e amarelo para banheiro).
- Ensaboar: Mergulhar o 1º pano no balde nº1 com água e detergente. Iniciar a limpeza pelos cantos educadamente par que a pessoa que esteja no local possa liberar o espaço, realizar esfregação mecânica vigorosa sempre de trás para frente e de cima para baixo.
- Mergulhar o 2º pano no balde nº2 com água limpa realizando enxágue da área desejada. Repetir a operação quantas vezes necessárias.
- Terminar a limpeza com o 2º pano de água do 2º balde que é limpa para enxágue.
- Trocar água dos baldes sempre que sujas.
- Jogar a água suja no expurgo nunca em pias ou vasos sanitários dos quartos.
- Após o uso limpar e guardar os materiais.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não há contraindicação.

7. REGISTROS

Registrar no livro de controle.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Quedas;
- Contaminação com produtos químicos;
- Contaminação com o lixo contaminado;
- Acidente de trabalho com materiais perfuro cortantes.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

O banheiro deve ser limpo sempre por último. Limpar ralos com escova sanitária e detergente diluído.

10. REFERÊNCIAS

Molina, E. 1999, Limpeza e Desinfecção de Áreas Hospitalares e Anti-sepsia. São Paulo, Bela Vista.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 69
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Transporte Interno de Paciente em Isolamento Protetor			
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento protetor entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento protetor. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara cirúrgica;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;

- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara cirúrgica e, após, retirar a máscara do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA - INDICAÇÕES

- A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 70
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Transporte Interno de Paciente em Isolamento de Gotículas		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento de gotículas entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento de gotículas. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara cirúrgica;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;

- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara cirúrgica e, após, retirar a máscara do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP: 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 71
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Transporte Interno de Paciente em Isolamento Aéreo		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento aéreo entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Maca ou cadeira de rodas;
- Máscara cirúrgica simples;
- Máscara com filtro PFF2;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento aéreo. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto utilizando máscara PFF2;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante e solicitar sua ajuda se necessário;
- Fornecer e orientar o paciente a utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte;
- Caso o paciente esteja entubado e ventilando com auxílio de reanimador pulmonar manual, não é necessário que o paciente utilize máscara durante o transporte;
- Colocar a máscara cirúrgica no paciente antes do mesmo sair do quarto. Certificar-se que a máscara esteja cobrindo nariz e boca;
- Transportar o paciente de cadeiras de rodas ou maca, conforme a necessidade;

- Ao chegar no leito de destino, fechar a porta do quarto, os profissionais e acompanhantes deverão colocar a máscara PFF2 e, após, retirar a máscara cirúrgica do paciente;
- Desprezar a máscara cirúrgica utilizada no paciente em lixo infectante;
- Em locais de realização de exames em que o paciente permanecer em ambientes com demais pessoas, o mesmo deverá utilizar a máscara cirúrgica durante todo o período que permanecer no setor;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP: 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP N° 72
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Transporte Interno de Paciente em Isolamento de Contato		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Transportar pacientes em isolamento de contato entre unidades de internação, assim como para a realização de exames ou procedimentos.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Avental de mangas longas;
- Luvas de procedimento;
- Maca ou cadeira de rodas;
- Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Comunicar previamente a Unidade de destino que o paciente encontra-se em isolamento de contato. Esta comunicação deverá ocorrer também quando o paciente for transportado ao Serviço de Hemodiálise, Centro Cirúrgico, Imagenologia, Quimioterapia, Setor de Oscopias, entre outros.
- O paciente poderá ser transportado de cadeira de rodas ou maca. Se for utilizada cadeira de rodas, optar por cadeiras confeccionadas em material impermeável (couro) e não em tecido. Colocar um lençol sobre a cadeira de rodas;
- Higienizar as mãos;
- Entrar no quarto e vestir avental de mangas longas e luvas de procedimentos, nesta sequência;
- Transferir o paciente para a cadeira de rodas ou maca;
- Os profissionais que acompanharem o paciente durante o transporte deverão utilizar avental de mangas longas e luvas de procedimento, com o cuidado de não contaminar as superfícies (por exemplo, botões de elevador, maçanetas, prontuário, entre outros);

- Outro profissional deverá acompanhar o transporte sem utilizar luvas e avental e, ainda, sem ter contato com o paciente, a fim de auxiliar durante o transporte (abrir as portas, levar o prontuário e o que for necessário);
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Após o transporte, os profissionais deverão retirar as luvas de procedimento e avental de mangas longas, nesta sequência;
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo infectante;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar a higienizadora para que proceda a desinfecção da cadeira de rodas ou maca utilizada no transporte;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- A critério médico.

7. REGISTROS

Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Contaminação microbiana do ambiente;
- Queda do paciente;
- Queda de equipamentos utilizados durante o transporte;
- Tração acidental de drenos, cateteres e/ou sondas durante o transporte.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Caso aconteça contaminação acidental de alguma superfície durante o transporte do paciente em isolamento de contato, o profissional deverá rapidamente solicitar a higienizadora para que proceda a desinfecção deste local;
- Transportar o paciente com cuidado e sem realizar movimentos bruscos.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Manual de Orientação para Controle da Disseminação de *Acinetobacter sp* Resistente a Carbapenêmicos no Município de Porto Alegre [sem data].

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>	POP Nº 73
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	Redução da Luminosidade			
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Reduzir a luminosidade da UTI Neonatal para propiciar um ambiente tranquilo ao recém-nascido.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Lâmpadas.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Manter desligadas as lâmpadas individuais de cada leito, quando não estiver realizado manuseio com o recém-nascido a fim de diminuir os estímulos que causam estresse ao mesmo;
- Manter desligada as lâmpadas do salão e sala de medicações, quando não for utilizada;
- Deixar ligada somente lâmpada do posto de evoluções.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não se aplica.,

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Realizar em todos os turnos.

10. REFERÊNCIAS

POP UTI NEONATAL HOSPITAL SANTO ÂNGELO.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 74
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	Diminuição da Dor nos Procedimentos		
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Reduzir a dor do recém-nascido nos procedimentos realizados.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Sacarose;
- Seringa;
- Luvas;
- Cueiro.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Sucção não-nutritiva com sacarose (20%) 2ml e 1ml para prematuros, dois minutos antes dos procedimentos;
- Mais um dedo enluvado úmido com sacarose para a sucção do RN durante o procedimento;
- Promover aconchego e imobilização com cueiro.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Dor.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Lavar as mãos antes do procedimento;
- Lembrar de realizar a técnica toda vez que tiver procedimento.

10. REFERÊNCIAS

POP UTI NEONATAL HOSPITAL SANTO ÂNGELO.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 75
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Implantação de Cateter Central de Inserção Periférica			
	Data emissão janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Promover a terapia intravenosa por tempo prolongado e de forma segura, garantindo a preservação da rede venosa periférica, diminuição do estresse, dor e desconforto gerado por múltiplas venopunções.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Cateter PICC 1,9Fr;
- 02 luvas estéreis;
- Bandeja para PICC contendo: 01 cuba redonda, 01 pinça anatômica, 01 campo fenestrado, 02 campos laterais; Fita métrica; 02 seringas 10 ml; 01 extensor; 01 neofix;
- solução antisséptica (clorexidine aquosa ou hidroalcoólica);
- Soro fisiológico 0,9%;
- Touca e máscara;
- 02 aventais estéreis;
- Gazes estéreis;
- Curativo transparente;
- 02 escovas para assepsia das mãos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Colocar máscara e gorro;
- Realizar degermação das mãos até o cotovelo;
- Vestir o avental;

- Calçar as luvas;
- Escolher uma veia calibrosa a ser puncionada;
- Mensurar o cateter para localização;
- Realizar antisepsia da pele;
- Puncionar o vaso, introduzindo o PICC auxiliado pela pinça anatômica;
- Retirar a agulha da punção;
- Retirar o guia fazendo leve compressão acima do local de inserção do PICC;
- Conectar extensor e neofix na porção distal do PICC, checando a permeabilidade do cateter;
- Fixar cateter com gaze estéril e curativo transparente ;
- Rotular o curativo com: número do PICC, data, hora, nome da Enfermeira;
- Deixar o RN em posição confortável;
- Desprezar material e vestimentas em sacos plásticos adequados;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente.
- Instalar SF 0,9% a 1 ml/h em BS até confirmação da localização do cateter;
- Realizar RX de tórax para localização do cateter.

6. CONTRA INDICAÇÃO

- Rede venosa periférica prejudicada;
- Recém-nascido com menos de 48h de vida;
- Policitemia;
- Lesões cutâneas no lugar da inserção do cateter;
- Retorno venoso prejudicado;
- Administração de grandes volumes em bolus e sob pressão (risco de rompimento do cateter);
- Situações de emergência;
- Trombose venosa;
- Malformação congênita na rede venosa.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente e na folha de controle do PICC, anotar cada troca de curativos.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção primária de corrente sanguínea na vigência do cateter.
- Flebite;
- Obstrução;
- Trombose venosa;
- Eventos decorrentes da má posição do cateter (pneumotórax, tamponamento, perfuração cardíaca);
Rompimento do cateter;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- O procedimento deve ser sempre realizado em dupla (enfermeiros e/ou médicos com experiência na execução do procedimento);
- Eleger a área da punção e a veia de escolha após exame minucioso da rede venosa.
- Dar preferência para veia basílica direita; quando impossível, acessar através da mediana cubital, cefálica, jugular ou temporal.
- Evitar puncionar membros inferiores mas quando o fizer utilizar a safena magna

- Infusão contínua de soluções para evitar a obstrução do cateter, caso o RN não esteja recebendo medicações em infusão contínua, providenciar manutenção com SF 0,9%;
- Observar diariamente possíveis complicações do sítio de inserção do cateter e realizar registro em formulário próprio;
- Atentar para refluxo sanguíneo no cateter;
- Não coletar sangue pelo cateter;
- Evitar testar refluxo constantemente;
- Atentar para incompatibilidade de soluções;
- Não infundir medicações que formam cristais no interior do cateter (ex: fenitoína, diazepam);
- Utilizar seringas de 10ml para infusões e/ou flush (risco de rompimento).
- Não realizar banho de imersão;
- Não tracionar e/ou dobrar o cateter;
- Não garrotear e/ou aferir pressão arterial no membro onde o cateter está inserido
- Realizar troca do curativo com técnica asséptica, em caso de sujidades e/ou má aderência do curativo;
- Manipular o sistema de infusão de forma asséptica, utilizando três fricções com álcool 70% nas conexões antes de abrir a linha de infusão;

- O registro da inserção do cateter deve ser feito em impresso próprio pelo enfermeiro que realizou o procedimento e seu auxiliar;
- Introduzir ou tracionar o cateter com técnica rigorosamente asséptica. No caso de posição inadequada na radiografia deve ser realizado novo RX contrastado para confirmação final do posicionamento;

- O primeiro curativo deve ser realizado 24h após a inserção, com técnica asséptica e a cobertura indicada é o filme transparente sem a gaze;
- O acompanhamento do uso do PICC deve ser realizado diariamente;
- O registro da inserção do cateter deve ser feito em impresso próprio pelo enfermeiro que realizou o procedimento;

INDICAÇÕES PARA RETIRADA

- Fim de terapia intravenosa.
- Infecção primária de corrente sanguínea na vigência do cateter.
- Flebite;
- Obstrução;
- Trombose venosa;
- Eventos decorrentes da má posição do cateter (pneumotórax, tamponamento, perfuração cardíaca);

- Rompimento do cateter;

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Emanoele Busatto Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 76
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	Coleta de swab de orofaringe			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exame cultural de swab de orofaringe.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADES

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Abaixador de língua, se necessário;
- Bandeja;
- Laringoscópio, se necessário;
- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos protetor;
- Calçar luvas de procedimento;
- Se paciente colaborativo, solicitar que abra bem a boca;
Se paciente não colaborativo, utilizar abaixador de língua ou laringoscopia para facilitar a visualização da orofaringe;
- Rolar o swab sobre as amígdalas e faringe posterior, sem encostar na língua e bochechas do paciente;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;

- Retirar os EPIs utilizados;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar a mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Paciente com fratura grave em face com impossibilidade de abrir a mandíbula;
- Coagulopatia;
- Sangramento cavidade oral;

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folhas específica e registrar o proedimento no prontuario do paciente.

8. PONTOS CRITICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA- MEDIDA

- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, numero do atendimento w número do leito (informação do paciente) além da data e hora da coleta e tipo d material;
- Os swabs de orofaringe de vigilância epidemiológica para Acinetobacter baumannii na UTI Neonatal Pediátrica deverão se coletados na admissão de pacientes transferidos de outras UTIs;
- Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 77
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	LIMPEZA TERMINAL DA ENFERMAGEM NO SETOR			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Realizar a limpeza semanal no posto de enfermagem, rouparia, limpeza da sala de materiais e armários, frigobar do posto de enfermagem da UTI, limpeza da copa, carro de emergência e expurgo.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal

3. RESPONSÁVEL

Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS/ EQUIPAMENTO NECESSÁRIOS

- Sabão líquido;
- Surfíc;
- Luvas de procedimento;
- Compressas;
- Esponja.
-

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- O enfermeiro gestor da unidade realiza a escala de terminal, designando os funcionários para realizar a limpeza do material de enfermagem. O trabalho é realizado entre toda a equipe e individualmente por leito;
- O Técnico de enfermagem escalado para tal função realiza a limpeza com surfíc;
- Conferir a data de esterilização dos materiais e providenciar a troca dos mesmos.

6. CONTRA- INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar um visto na escala do terminal.

8. PONTOS/RISCO

Não se aplica.

9. AÇÕES DE CONTRA- MEDIDA

O terminal de enfermagem é realizado semanalmente. O técnico de enfermagem escalado para o terminal deverá se organizar no seu turno de trabalho para poder realizar a função. O enfermeiro supervisiona o processo.

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932	POP Nº 78
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SONDAGEM OROGÁSTRICA E NASOGÁSTRICA EM RN			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Consiste no processo de inserção de uma sonda apropriada através da cavidade nasal ou oral até o estômago.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal, Maternidade e Pediatria.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADES

Enfermeiro.

4. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Sonda orogástrica número 06 ou 08 curta;
- Tensoplast para fixação;
- Marca de esparadrapo;
- Luva de procedimento;
- Estetoscópio;
- Seringa de 10 ml;
- Saco coletor;
- Adesivo para a validade da sonda.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTO

- Explicar previamente o procedimento para os pais;
- Reunir todo o material necessário;
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar luvas;
- Posicionar o rn em decúbito dorsal com pescoço semiflexionado;
- Mensurar a sonda: parte final do lóbulo da orelha ate a ponta do nariz e deste ate o apêndice xifoide;
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo;
- Introduzir delicadamente a sonda até a marcação;
- colocar a fixação com tensoplast sobre a pele;
- Aspirar a sonda utilizando uma seringa de 5 ml;
- Observar a presença de resíduo gástrico, caso haja, registrar aspecto e volume e desprezar;
- Injetar 1 ml de ar através de movimento único;

- Auscultar simultaneamente com estetoscópio sobre a região epigástrica para conformar o posicionamento da sonda no estômago;
- Aspirar o ar injetável e fechar a sonda;
- Colocar a data de vencimento na sonda;
- Retirar as luvas;
- Realizar higienização da mãos;
- Registrar procedimento.

6. CONTRA- INDICAÇÃO

Não se aplica.

7. REGISTROS

Registrar no prontuário do paciente.

8. PONTOS/RISCO

Não se aplica.

9. AÇÕES DE CONTRA- MEDIDA

A troca de sonda deve ser realizada no período da noite. A sonda nasogástrica é indicada para recém-nascidos que estão treinando a sucção ao seio materno, ao invés da nasogástrica.

10. REFERÊNCIAS

Carmagnani MIS, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

Aleixo ECS, Oliveira MLF, Victor ACS, Godoi ICB. Implantação de procedimentos operacionais padrão: Estratégia de organização do cuidado da enfermagem.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Fundamentos de enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 79
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: REPARO E CONSERTO DE EQUIPAMENTOS			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVO

Definir normas e rotinas a serem aplicadas no momento do encaminhamento para conserto de equipamentos ou materiais .

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatoriais da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Secretaria.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Computador
- Solicitação de reparo por e-mail.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Avaliar os equipamentos ou materiais em cada uso;
- Se equipamentos ou materiais estiverem com problemas separar dos demais;
- Descrever no e-mail o problema;
- Entrar no sistema eletrônico na página da manutenção e realizar a solicitação de conserto;
- O setor de manutenção conserta os equipamentos ou materiais ou encaminha para conserto fora do hospital;
- A manutenção devolve os equipamentos ou materiais para a unidade;

- Caso não seja possível o conserto, a enfermeira da unidade deve ser comunicada a fim de que providencie pedido de compra de um aparelho novo;
- Receber e testar os equipamentos ou materiais consertados.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Serão registrados no sistema informatizado da manutenção.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não registrar no sistema o número do aparelho e o não preenchimento dos dados correspondentes.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica

10. REFERÊNCIAS

Conforme rotina institucional.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 80
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS A FARMÁCIA			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Solicitar os materiais necessários utilizados para o dia à farmácia.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Internação e Ambulatório da Instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Embalagens vazias;
- Computador.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Revisa o material em estoque e realiza o pedido;
- Realiza o pedido online na JME;
- Farmácia separa o material que será retirado pelas unidades.

6. CONTRA INDICAÇÃO

Subestoque nas unidades.

7. REGISTROS

O pedido de centro de custo fica registrado na JME, via sistema informatizado.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Falta de materiais solicitados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Revisar criteriosamente todo material na unidade para que não ocorra falta e subestoque de algum item a ser solicitado.

10. REFERÊNCIAS

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 81
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VENTRICULAR			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Administrar medicação em pacientes em tratamento de patologias otológicas, com a finalidade de diminuir cerúmen, aliviar a dor e anestésiar.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas);
- Gazes;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Luvas de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Verificar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preencher a etiqueta;
- Higienizar as mãos;

- Calçar luvas;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o medicamento;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante e a indicação do fármaco;
- Colocar o paciente em decúbito lateral ou sentado com a cabeça lateralizada;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;
- Instilar a medicação;
- Solicitar ao paciente para permanecer nesta posição por alguns minutos;
- Fechar e guardar o frasco de medicação;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica;

6. CONTRA- INDICAÇÃO

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrado posteriormente;
- Atentar para a presença de vertigem, ajudando o paciente se necessário.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Observar reações às medicações;
- Controle dos 11 certos (segurança do paciente)
 - prescrição médica certa;
 - paciente certo;
 - medicação certa;
 - validade certa;
 - diluição certa;
 - dose certa;

- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.
 - Toda medicação por via auricular deve ser administrada no ouvido médio.
 - Inspecionar o frasco da medicação, observando a dose, alteração da cor e data da validade.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 82
	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA</p>		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

- Administrar medicação diretamente na corrente sanguínea para maior rapidez na ação;
- Controlar o volume a ser infundido;
- Reestabelecer ou manter o equilíbrio hidreletrolítico;
- Administrar grandes volumes de líquidos, hemoderivados ou nutrientes parenterais.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem .

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Bandeja contendo:

Solução com medicação

Seringa com medicação;

Agulhas;

Algodão com álcool 70%;

Luvas de procedimento;

Saco de lixo contaminado;

Equipo;

Etiqueta/rótulo de identificação;
Bomba de infusão s/n;
Acesso venoso periférico/central já puncionado;
Caixa de perfuro cortante;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica;
- Realizar a antissepsia da ampola/frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Em caso de frasco realizar a antissepsia da borracha;
- Colocar a etiqueta ou rótulo na medicação;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a indicação do fármaco;
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Se acesso heparinizado realizar a antissepsia do polifix com algodão embebido em álcool 70%;
- Se paciente em uso de soroterapia realizar a antissepsia do dispositivo lateral do equipo com algodão embebido em álcool 70%;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação no local da aplicação;
- Em caso de acesso venoso periférico, após administração de medicação heparinizar o cateter ;
- Fechar o sistema;
- Desprezar a agulha em caixa de perfuro cortante;
- Desprezar a seringa e o algodão em saco branco contaminado;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;

- Checar na prescrição medição horário da administração;
- OBS: Em caso de reações pirogênicas comunicar a CCIH, farmácia, guardar o frasco, anotar lote e laboratório.
- Se necessário puncionar outro acesso venoso periférico.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Observar reações às medicações;

controle dos 11 certos (segurança do paciente)

- prescrição médica certa;

- paciente certo;

- medicação certa;

- validade certa;

- diluição certa;

- dose certa;

- hora certa;

- fluxo/vazão certa;

- via certa;

- técnica certa;

- registro certo.

-Lesões por extravazamentos;

-Erros na administração da medicação;

-Observar tabela de diluição da instituição;

-Avaliar local do acesso quanto a presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, eritema, edema) e realizar a troca antes da aplicação da medicação.

-Inspeccionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da

-validade e possíveis partículas ;

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Conferir se o paciente não é alérgico antes de administrar a medicação;
- Não administrar medicamentos incompatíveis entre si ou em soluções;
- Frascos sem identificação ou ilegíveis não devem ser administrados e devolvidos a farmácia;
- Utilizar etiqueta de identificação da medicação após reconstituição ou diluição da mesma com os seguintes dados (nome do paciente, leito, nome da medicação, data e hora, via e nome do profissional).

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

NASCIMENTO, M.M.G; ROSA M,B; HARADA, M.J.C.S. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. Rev. Meio de cultura hospitalar, n 52, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932			POP Nº 83
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	VENÓCLISE			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

- Administrar hidratação, medicamentos e eletrólitos na corrente sanguínea;
- Restabelecer o volume sanguíneo;
- Restaurar equilíbrio ácido básico.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Equipo;
- Bomba de infusão se necessário;
- Algodão com álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Solução prescrita;
- Etiqueta de identificação da medicação;
- Acesso venoso já puncionado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA:

- Confirmar na prescrição médica a data, horário, nome, leito, via e dosagem da medicação, preenchendo a etiqueta/rótulo;
- Higienizar as mãos;
- Preparar solução conforme técnica asséptica;
- Abrir o frasco de solução e datar o equipo e polifix (conforme orientação CCIH);
- Retirar o ar, pinçar e proteger a extremidade do equipo;
- Realizar antissepsia da ampola/frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Em caso de frasco realizar a antissepsia da borracha;
- Introduzir os medicamentos prescritos;
- Colocar o frasco na bandeja devidamente identificado/rotulado;
- Calçar luvas;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Levar a bandeja para junto do mesmo;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento e a ação do fármaco;
- Colocar o frasco no suporte de soro;
- Fazer assepsia da via do polifix onde será conectado o equipo;
- Conectar o equipo ao cateter venoso periférico /central;
- Regular o tempo do gotejamento, se for necessário administração de solução em BI, ajustar tempo de infusão e volume de vazão, conforme prescrição médica;
- Observar reação do paciente;
- Deixar o paciente confortável,
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Checar na prescrição médica.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Nunca deixar a medicação sobre a cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Não administrar medicamentos que estejam turvos;
- Preferencialmente não infundir soluções com hemoderivados.

7. REGISTROS

- Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional;
- Comunicar o médico assistente se paciente apresentar reação ao medicamento.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Observar reações às medicações;

Controle dos 11 certos(segurança do paciente)

- prescrição médica certa;
- paciente certo;
- medicação certa;
- validade certa;
- diluição certa;
- dose certa;
- hora certa;
- fluxo/vazão certa;
- via certa;
- técnica certa;
- registro certo.

Lesão por extravasamentos;

Avaliar local do acesso quanto a presença de sinais (dor, calor, rubor, eritema, edema) e realizar a troca antes da aplicação da medicação.

Inspecionar o frasco da medicação observando a dose, alteração da cor, data da validade e possíveis partículas.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Reações alérgicas e sistêmicas comunicar o médico assistente;
- Conferir se o paciente não é alérgico antes de administrar a medicação;
- Não administrar medicamentos incompatíveis entre si ou em soluções;
- Frascos sem identificação ou ilegíveis não devem ser administrados e devolvidos a farmácia;

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Legislação e código de ética. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> . Acesso em 07/03/2017.

NASCIMENTO, M.M.G; ROSA M,B; HARADA, M.J.C.S. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. Rev. Meio de cultura hospitalar, n 52, 2013. GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 84
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	APLICAÇÃO DE QUENTE/COMPRESSA QUENTE			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

- Fornecer fonte de calor local para aumentar o fluxo sanguíneo;
- Aliviar a dor, edema e processos inflamatórios.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Bolsa de água quente;
- Compressa ou toalha, para envolver a bolsa e proteger a pele do paciente;
- Biombo se necessário.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Confirmar a indicação para a aplicação de calor;
- Higienizar as mãos;
- Separar o material para o procedimento na bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário para manter a privacidade do paciente;
- Calçar luvas;

Se bolsa térmica:

- Segurar a bolsa na posição vertical, encher com água quente até 2/3 de sua capacidade;
- Retirar o ar, colocar a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura;
- Fechar e enxugar a bolsa, observando vazamentos;
- Orientar o paciente e acompanhante e colocá-lo em posição confortável, expondo a área que receberá o tratamento;
- Proteger a bolsa com a toalha e colocar sobre a área e observar a cada 15 minutos;
- Observar com frequência a pele do paciente;
- Ao terminar o tratamento, manter a região protegida para conservar o aquecimento;

Se compressa quente:

- Molhar as compressas e antes de aplicar, retirar o excesso de água;
- Aplicar a compressa no local indicado, cobrindo com uma toalha ou forro para evitar que ocorra a perda de calor;
- Colocar outra compressa na bacia;
- Trocar a compressa aplicada mantendo o calor no local;
- Enxugar a área da aplicação das compressas;
- Trocar as roupas de cama e o paciente se ficarem úmidos ou molhados;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Sangramentos;
- Processos inflamatórios agudos internos.

7. REGISTROS

Registrar às informações no prontuário com a assinatura e carimbo do profissional.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Observar a

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração de pele ou queixas do paciente suspender o procedimento e comunicar o médico assistente.

10. REFERÊNCIA

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 85
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	NUTRIÇÃO PARENTERAL			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

Fornecer suporte nutricional e energético para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo
- Bolsa com solução de nutrição parenteral já preparada;
- Equipo para bomba de infusão;
- Bomba de infusão;
- Luvas estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Conferir na prescrição médica se está prescrito a Terapia Nutricional Parenteral e/os medicamentos prévios;
- Solicitar para a farmácia a preparação da bolsa de nutrição parenteral;
- Transportar a bolsa de NPT com a solução já em temperatura ambiente à unidade;

- Conferir o rótulo de NPT com a prescrição médica – o nome, leito, a composição e o volume(Observar alteração na cor, ou presença de partículas de precipitação);
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento e sua finalidade;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar luva estéril;
- Solicitar ao técnico de enfermagem que alcance a bolsa de NPT e o equipo;
- Retirar o lacre e encaixar o equipo da bomba de infusão a bolsa de NPT;
- Preencher o equipo retirando o ar da extensão do mesmo;
- Realizar a desinfecção da conexão do dispositivo com álcool 70% inserido no acesso venoso central;
- Instalar o equipo no acesso e programar a bomba de infusão conforme prescrição médica;
- Recolher o material e desprezar em local adequado;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o horário de instalação da NPT na prescrição médica e evoluir o procedimento na evolução de enfermagem.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Em casos de choque pirogênico suspender imediatamente a infusão;
- Não utilizar fontes de calor para aumentar a temperatura da NPT;
- Não instalar NPT em acesso periférico.

7. REGISTROS

Registrar as informações no prontuário do paciente com a assinatura e carimbo do profissional;

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Infecção;
- Atentar para incompatibilidade de medicamentos como: anfotericina, ampicilina, carbenicilina, kanamicina e gentamicina com a solução de NPT;

- Quando da pausa da administração de NPT for inevitável e superior a 1 hora os níveis de glicemia devem ser monitorizados.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

- Retirar a NPT da geladeira com antecedência de 1 a 2 horas antes da infusão;
- A NPT deve ser infundida em via exclusiva;
- Após o término ou interrupção da administração de NPT, recomenda-se a infusão de solução de glicose 5% e observar os níveis glicêmicos.
- A cada troca de NPT, trocar o equipo da bomba de infusão.

10. REFERÊNCIAS

CHAGAS, F.P., et al. Cuidados de enfermagem na nutrição parenteral (NP). In: CARUSO, L.; SOUSA, A.B.(org) Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário de São Paulo 0 HU/USP. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 2014, p.123-125.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 86
	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:</p> <p>COLETA DE PONTA DE CATETER VENOSO CENTRAL</p>			
	<p>Data emissão</p> <p>Janeiro 2021</p>	<p>Data vigência</p> <p>2021/2022</p>	<p>Próxima revisão</p> <p>2023</p>	

1. OBJETIVO

Fornecer amostra para exame cultural de ponta de cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Clorexidine alcoólica 0,5%;
- Frasco estéril;
- Gazes;
- Luva de procedimento;
- Micropore;
- Pacote de curativo estéril;
- Pedido médico do exame;
- Saco plástico para resíduo;
- Rótulo de identificação.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de curativo esterilizado seguindo os princípios de assepsia;
- Abrir a primeira parte do pacote, apanhar a primeira pinça e de forma asséptica dispor as pinças no pacote com os cabos voltados para as bordas do pacote;
- Soltar o curativo e colocá-lo dentro do saco de lixo;
- Apanhar a pinça com a mão dominante e a segunda pinça com a mão não dominante;
- Apanhar uma gaze, usando a pinça auxiliar e passá-la para a segunda pinça, sem tocar uma na outra;
- Colocar a pinça auxiliar sobre o pacote de curativo e deixar para fora a parte que a mão tocou;
- Apanhar com a mão não dominante a clorexidine alcoólica, umedecer a gaze que está montada na pinça, fazer isso sobre o saco plástico, a fim de evitar molhar a cama;
- Limpar a inserção do cateter venoso central, utilizando a gaze umedecida em sentido único e em todos os lados, trocando sempre que necessário;
- Secar o excesso da clorexidine com uma gaze seca;
- Remover cuidadosamente o cateter, após retirada do ponto de fixação;
- Cortar os cinco centímetros finais do cateter com tesoura estéril e colocar em frasco estéril seco;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Realizar pequeno curativo com gaze e micropore no local da retirada do cateter, para evitar possível drenagem;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar os EPIs utilizados; Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

A critério médico.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Rompimento do cateter; Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Somente encaminhar a ponta do cateter venoso central com orientação médica e em casos de suspeita de infecção de corrente sanguínea;
- Realizar assepsia rigorosa antes da remoção do cateter, a fim de evitar contaminação da ponta do cateter com germes da flora da pele do paciente;
- Remover o cateter com movimentos delicados. Caso haja resistência, comunicar médico assistente; Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 87
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	COLETA DE SWAB OROFARINGE			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra para exame cultural de swab de orofaringe.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Abaixador de língua, se necessário;
- Bandeja;
- Laringoscópio, se necessário;
- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

- Colocar máscara cirúrgica e óculos protetor;
- Calçar luvas de procedimento;
- Se paciente colaborativo, solicitar que abra bem a boca;
- Se paciente não colaborativo, utilizar abaixador de língua ou laringoscópio para facilitar a visualização da orofaringe;
- Rolar o swab sobre as amígdalas e faringe posterior, sem encostar na língua e bochechas do paciente;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Retirar os EPIs utilizados;
- Recolher o material, mantendo o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Paciente com fratura grave em face com impossibilidade de abrir a mandíbula.
- Coagulopatia;
- Sangramento cavidade oral.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Acidente ocupacional do profissional com material biológico;
- Contaminação da amostra por técnica inadequada;
- Erro na identificação da amostra.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do atendimento e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;

- Os swabs de orofaringe de vigilância epidemiológica para *Acinetobacter baumannii* na UTI Adulto deverão ser coletados na admissão de todos os pacientes e semanalmente (na segunda-feira) em todos os pacientes internados;
- Os swabs de orofaringe de vigilância epidemiológica para *Acinetobacter baumannii* na UTI Neonatal e Pediátrica deverão ser coletados na admissão de pacientes transferidos de outras UTIs;
- Utilizar os EPIs durante o procedimento.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 88
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	COLETA DE SWAB RETAL			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Fornecer amostra, através de swab retal, para detecção de cepas KPC (*Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase).

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Bandeja; Biombo, se necessário;
- Luva de procedimento;
- Pedido médico do exame;
- Rótulo de identificação;
- Swab com meio de cultura.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente, solicitando aos acompanhantes, se assim desejarem, que aguardem o término do procedimento fora do quarto;

- Calçar luvas de procedimento, máscara e óculos;
- Solicitar ou posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de Sims);
- Umidificar o swab com soro fisiológico;
- Entreabrir as nádegas do paciente e localizar o ânus;
- Orientar o paciente para relaxar respirando vagarosamente pela boca;
- Introduzir o swab no esfíncter retal, fazendo movimentos rotatórios suaves por alguns segundos;
- Ao retirar o swab, certificar-se que exista coloração fecal no mesmo;
- Fechar bem o frasco rotulado, imediatamente após a coleta;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Encaminhar a amostra imediatamente ao Laboratório com o pedido do exame;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

Pacientes com lesões e/ou lacerações graves no ânus.

7. REGISTROS

Anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Desconforto; dor;
- Erro na identificação da amostra;
- Sangramento anal;

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Identificar a amostra coletada com o nome do paciente, número do prontuário e número do leito (informações presentes na etiqueta de identificação do paciente), além da data e hora da coleta e tipo de material;
- Introduzir delicadamente o swab;
- Os swabs de vigilância epidemiológica para pesquisa de KPC deverão ser coletados em pacientes provenientes de UTIs de outras Instituições e pacientes

com histórico de internação em UTI nos últimos seis meses., paciente imunodeprimidos (oncológicos, IRC...) e institucionalizados.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília, 2013.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Nota Técnica Conjunta CEVS e IPB-LACEN/RS Nº01/2011 Notificação e Investigação de “Bactéria Multirresistente: Bactéria Portadora de Gene KPC” no Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre, 2011. [Acesso em 2013 julho 26]. Disponível em:

http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120521095513nota_tecnica_notificacao_bacteria_portadora_de_gene_kpc.pdf

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 89
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:		
	INSTALAÇÃO DO CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA		
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão
	Janeiro 2021	2021/2022	2023

1. OBJETIVOS

É o manuseio correto do circuito de pressão arterial para monitorização da pressão por linha arterial de forma invasiva e contínua, através de um monitor eletrônico, conectado a um transdutor e a um cateter intra-arterial, instalado em artéria umbilical pelo neonatologista.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro e técnicos de enfermagem

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bomba infusora peristáltica
- Frasco de SF à 0,9% - 500/250 ou 100ml.
- Equipo específico para bomba infusora peristáltica.
- Circuito descartável de PAI com transdutor e extensor para conexão a linha arterial.
- Cabo intermediário de pressão para monitorização invasiva, compatível com a marca do monitor e transdutor padronizado na instituição.
- Almotolia de álcool a 70%.
- Régua com coluna d'água .
- Máscara.
- Luva estéril.
- Gaze estéril.

- Gaze estéril.
- 01 Campo simples estéril.
- Suporte próprio da bomba infusora.
- Fita adesiva.
- Bandeja.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

PREPARO DO CIRCUITO ARTERIAL

- Realizar paramentação com gorro e máscara.
- Realizar higienização das mãos.
- Realizar desinfecção da bancada co gaze umedecida em álcool à 70% por 3 vezes respeitando o intervalo de secagem entre as fricções e desprezando a gaze utilizada em cada etapa.
- Abrir o campo estéril sobre a bancada.
- Colocar sobre o campo:
 1. Equipo de bomba infusora peristáltica.
 2. Frasco de Soro Fisiológico, após desinfecção com 3 gazes distintas umedecidas com álcool 70% por 3 vezes respeitando o intervalo de secagem entre fricções e desprezando a gaze utilizada em cada etapa.
 3. Circuito descartável estéril de PAI com transdutor e extensor para conexão a linha arterial.
- Calçar a luva estéril
- Conectar o frasco de SF 0,9% ao circuito da bomba infusora e este ao circuito descartável estéril de PAI com transdutor e extensor para conexão a linha arterial.
- Conectar o extensor para conexão de linha arterial ao sistema VAMP.
- Preencher todo o sistema com SF 0,9%.
- Colocar o sistema em bandeja contendo um pacote de gaze estéril.

INSTALAÇÃO DO CIRCUITO ARTERIAL:

- Levar a bandeja até o leito do RN e apoiar na bancada próxima.
- Colocar o frasco de SF à 0,9% no suporte próprio da bomba infusora.
- Instalar o equipo na bomba infusora.

- Conectar o cabo intermediário de pressão ao monitor e ao circuito descartável de PAI com transdutor e extensor para conexão a linha arterial.
- Posicionar RN em decúbito dorsal de maneira confortável.
- Verificar o nível zero, posicionamento a régua co coluna de água em nível da linha axilar média.
- Identificar o nível zero para posicionamento do transdutor – linha axilar média.
- Fixar o transdutor com fita adesiva na altura da linha axilar média, enfermeiro poderá fazer uso de coxins ou rolinhos.
- Configurar o monitor.
- Calçar luva estéril.
- Conectar o circuito descartável de PAI com transdutor e extensor ao cateter arterial (Umbilical, femoral ou radial) com a ajuda de gaze embebida com álcool a 70% para manipulação de conexões.
- Verificar permeabilidade do cateter, através da lavagem do sistema: abrir a válvula de passagem de solução puxando a membrana externa ao mesmo tempo em que realiza o bolus na bomba infusora.
- Calibrar ou zerar o sistema, com ajuda de uma gaze embebida em álcool a 70% para manipulação das conexões, o enfermeiro deverá:
 1. fechar o circuito de PAI na torneirinha do transdutor, interrompendo o fluxo para a linha arterial.
 2. Abrir para o meio ambiente, desconectando o protetor da torneirinha.
 3. Pressionar a tecla zero no painel do monitor.
 4. Observar no painel do monitor se os parâmetros foram zerados.
- Retornar o sistema à posição inicial.
- Abrir o circuito de PAI na torneirinha do transdutor, retomando a infusão de soro fisiológico para o cateter.
- Fechar para o meio ambiente, reconectando a tampinha na saída da torneirinha que se encontrava aberta para o meio ambiente.
- Observar a amplitude da onda no monitor, validando a permeabilidade e posicionamento do cateter arterial.
- Realizar leitura da pressão arterial no monitor multiparâmetros.
- Certificar-se que a curva está condizente com os valores apresentados e se há alguma interferência da mesma.
- Observar o circuito de PAI no RN.
- Registrar no prontuário a instalação do circuito de PAI e os valores observados.

- Registrar no balanço hídrico o volume infundido para lavagem do sistema.
- Iniciar o controle de infusão de SF à 0,9% nas vinte quatro horas pelo cateter arterial (0,5-1ml/h).
-

6. CONTRA- INDICAÇÕES

7. REGISTROS

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- Em Rns instáveis hemodinamicamente e/ou em uso de drogas vasoativas e inotrópicas.
- Quando cateter arterial estiver mal posicionado devido à interferência na leitura da PA, fornecendo valores duvidosos.

10. REFERÊNCIAS

- BRITO, C. M. **Monitorização Hemodinâmica Invasiva** In: PADILHA, K. G. ; VATTIMO, M. F. F.; da SILVA, S. C.; KIMURA , M. Enfermagem ao paciente Crítico. 1ª ed., Barueri, São Paulo: Manole, 2010, p 245-281.

- CINTRA, E. A. **Monitorização Hemodinâmica Invasiva** In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de Enfermagem ao paciente Crítico, 1ª Ed, São Paulo: Atheneu, 2000, p81-105.

- CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK. A. R. **Manual de Neonatologia**. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p 536-543.

- SMELTZER, .S.C.; BARE, B. G.; HINKLE J. L.; CHEEVER, K. H. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 12ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.- TAMEZ, R. N.; M.J.P, **Enfermagem na UTI neonatal** – Assistência ao recém-nascido de alto risco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2006.

<p>Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal</p>	<p>Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem</p>
--	--	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO			HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>	POP Nº 90
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER CONECTADO AO BLENDER			
	Data emissão	Data vigência	Próxima revisão	
	Janeiro 2021	2021/2022	2023	

1. OBJETIVOS

Oferecer um fluxo de oxigênio baixo e contínuo próximo às cavidades nasais.

2. ABRANGÊNCIA

Recém-Nascidos que estão com uma baixa concentração de Oxigênio (25%) e apresentam queda da saturação ao serem colocados em ar ambiente.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Cateter nasogástrico nº 8;
- Traqueia de Hudson;
- Ventilador Inter 3, Luft ou Blender;
- Jarra umidificadora;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos ;
- Vedar o orifício distal do cateter nº 8 com epadrupo e fazer dois orifícios no cateter e fixar próximo as narinas;
- Instalar o ventilador ou Baby pap e o umidificador aquecido (entre 32°C – 36° C);
- Regular a concentração de Oxigênio fornecida ao recém-nascido no blender do ventilador inter 3 ou baby pap adequado a necessidade do recém-nascido;
- Ajustar o fluxo entre 10-15 lpm;

- Conectar o cateter nº 8 à traqueia de Hudson que está conectada à saída inspiratória do ventilador inter 3 ou baby pap proporcionando saída de u oxigênio aquecido e umidificado.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

- Lesão de assa de nariz;
- Lesão de pele devido a fixação;

7. REGISTROS

Registrar na evolução do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Falha na identificação do paciente e do procedimento;
- Administração de volume inadequado de oxigênio (maior ou menor que prescrito);
- Lesão de pele (fixação inadequada);
- Resseca a mucosa nasal, pois fornece pequena umidade;
- Pode ser irritante e incomodo com o uso prolongado.
- Contaminação com material biológico.

9. AÇÕES DE CONTRA-MEDIDA

- O uso de oxigênio deve ser feito com prescrição médica;
- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial;
- O fluxo recomendado é de 0,5 a 2 L/min;
- A fixação do cateter deve ser trocada diariamente;
- Deve-se fazer revezamento nas narinas se uso do cateter simples;
- O cateter de oxigênio é de uso individual e não de manda troca programada, devendo ser mantido protegido em embalagem plástica junto ao leito do paciente; e realizado desinfecção com álcool 70% a cada plantão e descartado na saída do paciente.
- Caso necessário, para a reposição de água estéril no frasco, desprezar o líquido, e realizar novo preenchimento após realizar a higienização do frasco.

O frasco/extensão do umidificador, quando utilizado com água, deve ser trocado a cada 24hs e, quando utilizado sem água deve ser trocado se apresentar sujidade ou, no máximo, a cada 07 dias.

10. REFERÊNCIAS

- Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2012 agt 22]; 16(6).

- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Kimura, Amélia Fumiko. Manual de Assistência em Enfermagem Neonatal. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009 - (Série Especialidades; v2).
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="text-align: center;"> HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small> </div>		POP Nº 91
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA ESCALA DE FUGULIN		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	

1. OBJETIVOS

- Identificar o perfil dos clientes, em relação à complexidade assistencial e de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, através do sistema de Classificação de Pacientes (SCP) Fugulin et al.(1994), para realizar a gerência/dimensionamento dos recursos humanos de enfermagem.

2. ABRANGÊNCIA

- Unidades Abertas e fechadas, exceto Unidades infantis e especiais.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE:

- Enfermeiros

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Caneta azul,
- Computador,
- Ferramenta para avaliação informatizada e manuscrita – Escala de Fugulin,
- Planilha de controle para dimensionamento de pacientes por funcionário;
- Prontuário do paciente;

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES /PROCEDIMENTOS

- A classificação de clientes possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo essencial para dimensionar pessoal, planejar Custos e garantir o padrão de qualidade da assistência.
- O SCP Fugulin et al(1994), deverá ser aplicado por enfermeiro (a) a todos os clientes adultos admitidos ou que já esteja, internados nas enfermarias, uma vez ao dia e repetir a casa 24 horas, no período da manhã.
- O SCP Fugulin et al., deverá:

Ser Aplicado (Unidades Assistenciais abertas e fechadas)	NÃO Ser aplicado (Unidades infantis e Especiais)
Unidade Clínica Médica (UB)	Centro Cirúrgico (CC) e Recuperação pós-anestésica (SRPA)
Unidade Clínica Cirúrgica (UA)	Central de Materiais e esterelização (CME)
Unidade E	Pediatria
Maternidade	Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal

Unidade D	Berçário
Unidade de Tratamento intensivo (UTI)	Ambulatório
	Unidade de Saúde Mental (Psiquiatria)

- Após a classificação dos clientes/paciente no turno da manhã, realizar a divisão posterior para cada funcionário (técnico em enfermagem) do setor, esta deverá ser dividida pelos enfermeiros dos turnos: Matutino, vespertino e noturno par e impar.
- Na unidade de Alojamento Conjunto (AC) as puerperas deverão ser classificadas como cuidado intermediário (embora apresentem perfil para cuidado mínimo) uma vez que, a assistência de enfermagem contempla também o recém-nascido (RN).
- A complexidade assistencial deverá ser classificada da seguinte forma:
 1. Cuidados Mínimos: recém-nascidos estáveis sob ponto de vista clínico e de enfermagem, que permanecem em observação para a detecção de possíveis intercorrências ou de patologias que podem surgir nas primeiras horas ou dias de vida.
 2. Cuidados Intermediários: Recém-nascidos estáveis sob ponto de vista clínico e de enfermagem, sem risco de vida, mas que apresentam algumas intercorrências ou patologias que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para minimizar ou corrigir distúrbios hemodinâmicos decorrentes de suas patologias.
 3. Cuidados Intensivos: Recém-nascidos instáveis sob ponto de vista Clínico e de enfermagem, com distúrbios hemodinâmicos importantes, com risco iminente de vida que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para sua estabilização.
 Desta forma, obteve-se um escore padronizado à cada categoria de cuidado, conforme esquema abaixo:

TIPO DE CUIDADO	PONTUAÇÃO
Mínimo	16 a 26 pontos
Intermediário	27 a 37 pontos
Intensivo	38 a 48 pontos

6- CONTRA – INDICAÇÃO

Não se aplica.

7- REGISTROS:

- Aplicar o SCP Fugulin et al. (1994). ANEXO 1
- Realizar o somatório dos escores e classificar o cliente, de acordo com o quadro 2.
- Guardar os impressos preenchidos em local apropriado.
- Preencher o consolidado de “classificação de Cliente Fugulin”.

8- PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Identificar qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso.
- Se identificado, tomar ações preventivas e propor educação em serviço.

9- REFERÊNCIAS

-FUGULIN, GAIDZISKI, R.R. KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: Identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino-am Enfermagem, v.13, n. 1, 2005

Regulamento Institucional
Resolução do conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 293/2004.

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	---

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>		POP Nº 92
	<p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:</p> <p>PREVENÇÃO E INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER CENTRAL</p>		
	<p>Data emissão</p> <p>Janeiro 2021</p>	<p>Data vigência</p> <p>2021/2022</p>	

1. OBJETIVOS

Prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Álcool 70%; Algodão;
- Luvas de procedimento;
- Material para curativo de cateter venoso central;
- Material para higienização das mãos.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Realizar a inserção de cateter central nas seguintes indicações: pacientes sem reais condições de acesso venoso periférico, necessidade de monitorização hemodinâmica, administração de drogas que necessitem infusão contínua, administração de nutrição parenteral, administração de soluções hipertônicas ou irritativas para veias periféricas;

- Não realizar punção em veia femoral de rotina. Optar pela subclávia como veia de escolha; Higienizar as mãos, conforme os “5 momentos para higienização das mãos”;
- Utilizar barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo estéril ampliado;
- Quando necessário, remover os pelos no local da inserção, com tesoura;
- Realizar antissepsia com solução de clorexidina alcoólica 0,5% antes da inserção. Se houver sujidade, realizar limpeza prévia da pele;
- Realizar curativo tradicional com gaze e micropore nas primeiras 24 horas. Após, utilizar filme transparente;
- Ao realizar o curativo do cateter, realizar assepsia com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção do cateter, a fim de verificar sinais flogísticos ou outras complicações;
- Trocar o curativo filme a cada 7 dias ou antes, se sujo, solto ou úmido;
- Optar pelo curativo tradicional com gaze e micropore em pacientes com sangramento local, discrasia sanguínea ou sudorese excessiva;
- Realizar desinfecção das conexões com álcool 70% antes da manipulação;
- Manter cateter venoso central de curta permanência em infusão contínua;
- Não realizar troca pré-programada do cateter, ou seja, não substituí-lo exclusivamente em virtude do seu tempo de permanência;
- Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do cateter;
- Realizar a troca do equipo de nutrição parenteral a cada 24 horas;
- Trocar o sistema de infusão na suspeita ou confirmação de infecção de corrente sanguínea;
- Não utilizar frasco de fluido parenteral se a solução estiver visivelmente turva, apresentar precipitação ou corpo estranho;
- Optar, sempre que possível, por frascos de dose individual para soluções e medicações;
- Não misturar as sobras de frascos de uso individual para uso posterior;
- Se o frasco multidose for utilizado, refrigerá-lo após aberto conforme recomendação do fabricante; limpar o diafragma do frasco multidose com álcool 70% antes de perfurá-lo;
- Utilizar via de infusão exclusiva para nutrição parenteral.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

- Não utilizar clorexidine alcoólico em pacientes alérgicos.

7. REGISTROS

Checar o procedimento nas prescrições, anotar os gastos em folha específica e registrar o procedimento no prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Infecção de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central.

09. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Executar todas as medidas conforme orientação deste Protocolo.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO <small>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</small>			POP Nº 93
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:			
	CALÇAR LUVAS			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

Utilizar a técnica correta de calçar e retirar luvas estereis para procedimentos estéreis.

2. ABRANGÊNCIA

Unidades de internação e ambulatórios da instituição.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiros e Técnico de Enfermagem.

4. MATERIAIS /EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Luva estéril;
- Material para lavagem das mãos;
- Saco de lixo contaminado.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

TÉCNICA PARA CALÇAR LUVAS:

- Higienizar as mãos;
- Abrir a embalagem pelo lado indicado e retirar o pacote estéril que contem as luvas utilizando os princípios de assepsia, colocando sobre uma superfície plana, limpa e seca;
- Segurar com o polegar e o indicador da mão dominante, a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura desta;
- Unir os dedos da mão, com a palma da mão voltada para cima;

- Introduzir a mão na abertura apresentada, tracionando a luva com a mão dominante até calçá-la;
- Colocar os dedos (indicador, médio, anular e mínimo) da mão enluvada, na dobra do punho da outra luva, expondo a abertura da mesma;
- Unir os dedos da mão, com a palma da mão voltada para cima;
- Introduzir a mão na abertura apresentada, tracionando a luva com a mão até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
- Unir os dedos (indicador, médio, anular e mínimo) da mão direita, introduzindo-os na dobra do punho da luva esquerda, desfazendo a dobra totalmente;
- Ajustar as luvas;

TÉCNICA PARA RETIRADA DAS LUVAS:

- Antes da retirada das luvas eleja a mão mais contaminada para ser retirada primeira, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento;
- Com os dedos da mão menos contaminada, retirar completamente a luva da mão mais contaminada, cuidando para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos.
- Com a mão sem luva retirar a outra luva, introduzindo os dedos pelo lado de dentro da luva e retirá-la com um só movimento;
- Desprezar as luvas no lixo contaminado;
- Higienizar as mãos.

6. CONTRA- INDICAÇÕES

Utilizar luvas estereis somente em procedimentos assépticos.

7. REGISTROS

Não se aplica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não se aplica.

9. AÇÕES DE CONTRA – MEDIDA

Não se aplica.

10. REFERÊNCIAS

PAULA, M.F.C; SANTOS, E.R; SILVA, M.B; BERGAMASCO, E.C. Semiotécnica. Fundamentos para prática de enfermagem. ELSEVIR. 1ª ED, 2016.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 8ª edição. Mosby, 2012.

GUERRERO G.P., BECCARIA L.M, TREVIZAN M.A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso 2017agt 22]; 16(6).

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Maria Helena Wolf Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	---	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <p>HOSPITAL SANTO ÂNGELO</p> <p>Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP: 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932</p> </div>			POP Nº 94
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	MONTAGEM E INSTALAÇÃO DO CIRCUITO DO ÓXIDO NÍTRICO			
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023	

1. OBJETIVOS

OTIMIZAR A ADMINISTRAÇÃO DO NO ATRAVÉS DA MONTAGEM CORRETA E ASSÉPTICA DO CIRCUITO.

2. ABRANGÊNCIA

UTI Neonatal.

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Enfermeiro.

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bala de NO;
- Circuito de NO;
- Latex com convector específico para TOT;
- Luvas estéreis;
- Máscara descartável.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;

- Colocar máscara;
- Abrir o circuito de óxido nítrico de forma asséptica;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar as mangueiras do circuito corretamente, de acordo com a instrução existente no painel da bala de NO;
- Instalar as outras extremidades de circuito, nas traqueias do ramo inspiratório do ventilador mecânico;
- Abrir a válvula do NO, nivelando o nível de NO de acordo com a prescrição médica;
- Colocar uma flanela sobre a incubadora, para proporcionar penumbra;
- Deixar a criança confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Organizar o local do procedimento;
- Descartar material em local adequado;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. CONTRA – INDICAÇÕES

Não se aplica.

7. REGISTROS

Checar o procedimento na prescrição médica e/ou de enfermagem, anotar os gastos em folha específica e registrar no prontuário do paciente. Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.

8. PONTOS CRÍTICOS/ RISCOS

- Em caso de montagem no ramo expiratório, reiniciar o procedimento o procedimento observando a técnica;
- Caso a bala de NO estiver vazia, providenciar urgentemente outra bala.

9. AÇÕES DE CONTRA MEDIDA

- Mantenha técnica asséptica durante toda montagem;


- Antes de iniciar o procedimento, verifique se a bala de no está cheia;
- Observe se as mangueiras do circuito do no estão conectadas no ramo inspiratório das traquéias do respirador;
- Realize a tarefa com movimentos delicados, para proporcionar um ambiente de conforto para o paciente;
- Solicite manutenção preventiva diária da bala de no.

10. REFERÊNCIAS

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

https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/POPs/pop_enf_055_montagem_e_instalacao_do_circuito_do_oxido_nitrico.pdf

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO	 HOSPITAL SANTO ÂNGELO Rua Antônio Manoel, 701 - Santo Ângelo (RS) CEP: 98.801-970 - Caixa Postal 159 - Fone/Fax: (55) 3313-2000 - CGC: 96.210.471/0001-01 - Fundado em 04/02/1932		POP Nº 95
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO INFECÇÃO CORONA VÍRUS (COVID 19)		
	Data emissão Janeiro 2021	Data vigência 2021/2022	Próxima revisão 2023

1. OBJETIVOS

Prevenir a ocorrência de infecção em profissionais e cruzada em outros pacientes

2. ABRANGÊNCIA

Unidades da instituição

3. RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Todos os colaboradores da instituição

4. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Manual do plano de contingência

Anexo

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/PROCEDIMENTOS

Todos as medidas descritas no plano de contingência vigente

6. CONTRAINDICAÇÕES

Não se aplica

7. REGISTROS

Checar os procedimentos conforme o plano mostra e seguir

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Atentar para a versão atualizada do plano de contingência Hospital Santo Ângelo

9. AÇÕES DE CONTRA- MEDIDA

Executar todas as medidas conforme orientação

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

<http://portal.anvisa.gov.br/coronavirusCenters> for Disease Control and Prevention

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>Ministério da Saúde.

Secretária de Vigilância em Saúde

<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>World Health Organization

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Elaborado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Revisado por: Aline Rebelato Enfermeira da UTI Neonatal	Aprovado por: Maristane Almeida Gerente de Enfermagem
---	--	--