



PREFEITURA MUNICIPAL DE
BIRIGUI

OFÍCIO Nº 362/2024

em 09 de maio de 2024.

ASSUNTO: Requerimento nº 140/2024

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Acusamos o recebimento do Ofício nº 303/2024, de Vossa Excelência, encaminhando cópia do REQUERIMENTO Nº 140/2024, de autoria do Vereador Wagner Dauberto Mastelaro. Requerida propositura requisita informações sobre partos, cesáreas e possível óbito na Santa Casa.

Em resposta, anexamos cópia do Ofício nº 066/2024 da Santa Casa de Birigui.

No ensejo, renovamos a Vossa Excelência e Nobres Pares os protestos de estima e distinto apreço.

Atenciosamente,

LEANDRO MAFFEIS
MILANI:29041343873

Assinado de forma digital por LEANDRO MAFFEIS
MILANI:29041343873

DN: c=br.ou=videofirma, ou=22087251000198,

OU: Systema Multis, n=ICP-Brasil, cn=LEANDRO

MAFFEIS MILANI:29041343873

Dados: 2024.05.09 10:15:13 -03'00'

LEANDRO MAFFEIS MILANI
Prefeito Municipal

A Sua Excelência, o Senhor
ANDRE LUIS MOIMAS GROSSO
Presidente da Câmara Municipal de Birigui

Câmara Municipal de Birigui - SP



PROTOCOLO GERAL 1604/2024
Data: 09/05/2024 - Horário: 15:13
Administrativo - OFC 299/2024

OFÍCIO N° 066/2024jur

Birigui/SP, na data de 03 de maio de 2024.

**Referente: Resposta ao Ofício n° 50/2024
Ofício n° 303/2024 da Câmara Municipal de Birigui**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE PROTOCOLO - UPRO-5
Processo n° 12708 CAI 1261240
Assunto: Documentos
Data: 03/05/24
Usuário: Guilherme LT Marçal

**Ilustríssimo Senhor,
Fábio Leandro Bruno
Secretário Adjunto de Saúde do município de Birigui/SP**

Pelo presente, cumprimentando Vossa Senhoria, venho, respeitosamente, prestar as informações solicitadas pela Câmara Municipal através do Ofício n° 303/2024, requisitando informações sobre partos, cesáreas e possível óbito na Santa Casa de Birigui.

1 – Quantos partos foram realizados pelo SUS na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui? Especificar quantos foram cesáreas e quantos foram parto normal.

Ao todo, durante o ano de 2023, foram realizados 815 (oitocentos e quinze) partos (SUS), sendo 431 (quatrocentos e trinta e uma) cesáreas e 384 (trezentos e oitenta e quatro) normais.

Já no ano de 2024, até o dia 30/04/2024, foram realizados 294 (duzentos e noventa e quatro) partos (SUS), sendo 123 (cento e vinte e três) normais e 171 (cento e setenta e uma) cesáreas.

Neste período, a Santa Casa de Birigui totalizou 1109 (mil, cento e nove) nascimentos SUS, entre janeiro de 2023 até abril de 2024.

2 – Do total de partos realizados pelo SUS na maternidade da Santa Casa de Misericórdia, quantas intercorrências houve com a mãe e o bebê? Especificar de janeiro à dezembro/2023 e de janeiro/2024 até a presente data.

Do total cima dispostos, houve 205 (duzentos e cinco) intercorrências com recém-nascidos, onde os mesmos precisaram ser deslocados até o berçário para fazer uso de incubadora.

Contudo, 147 (cento e quarenta e sete) RN's obtiveram respostas imediatas, de modo que após 24 horas de incubadora, foram para o alojamento conjunto, acompanhados dos genitores nos quartos.

Informamos, ainda, que 33 (trinta e três) RN's necessitaram de transferência para outras cidades e 25 (vinte e cinco) RN's transferidos para o setor de Pediatria da Santa Casa de Birigui, continuar os seus tratamentos.

Cumpre dispor, ademais, que os recém-nascidos que precisam passar pela incubadora são aqueles que nascem com desconforto respiratório, prematuridade, *apgar* menor que 5 e afins. Já com relação aos que são transferidos para outras cidades, tratam-se de recém-nascidos que necessitam de acompanhamento em UTI Neonatal (especialidade não abrangida pela Santa Casa de Birigui), sendo a grande parte decorrente de prematuridade, onde as mães chegam à Santa Casa já em trabalho de parto.

Por fim, com relação às intercorrências com as mães, constata-se a quantidade de 10 (dez) intercorrências neste período, sendo 09 (nove) no ano de 2023 e 01 (uma) até a presente data no ano de 2024.

Vale ressaltar que 07 (sete) mães obtiveram alta hospitalar da Santa Casa de Birigui para as suas residências e 03 (três) foram transferidas para a cidade de Araçatuba, dando continuidade ao tratamento, cujo diagnóstico foi: *choque hipovolêmico, Pré eclampsia, Hipertensão por parto, Crises convulsivas*.

3 – Em caso de a criança necessitar de UTI neonatal para onde ela é encaminhada e como é o transporte?

Quando o recém-nascido precisa de UTI neonatal, o mesmo é inserido no sistema estadual CROSS, sendo regulada a vaga por tal sistema. Portanto, assim que a vaga é aceita, é solicitada uma Ambulância do tipo UTI, para transportar o recém-nascido, acompanhado de Equipe Médica e Equipe de Enfermagem.

4 – Houve óbito materno em decorrência do parto, se sim, foi investigado pelo Comitê de Mortalidade Materno Infantil?

Não houve óbito materno em decorrência do parto na Santa Casa de Birigui, no período indicado.

5 – Houve óbito do neonato e se sim, teve investigação pelo CMMI?

Não houve óbito de neonato na Santa Casa de Birigui, no período indicado

6 – A Santa Casa de Misericórdia de Birigui está cadastrada em algum Programa Estratégico do Ministério da Saúde? Quais? Anexar cópia do Plano de Ação.

A Santa Casa de Birigui reitera o respeito pelas normas, leis e regramentos jurídicos do país, buscando atender todas as recomendações do Egrégio Ministério Público do Estado de São Paulo e demais órgãos públicos fiscalizadores.

Tanto é assim que a Instituição mantêm as comissões hospitalares em pleno funcionamento com reuniões e ações desenvolvidas conforme relação abaixo:

- CCIH - Comissão de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- CIHDOT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes;
- Comissão - CIH – Centro Integrado de Humanização;
- Comissão de Segurança do Paciente;
- NEP – Comissão Núcleo de Educação Permanente;
- NEPH – Comissão Núcleo de Educação Permanente e Humanização;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Eventos;
- Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- Comissão Ética de Enfermagem;
- COREME - Comissão de Residência Médica

Insta consignar que os inúmeros documentos contendo todas as ATAS de trabalhos, planos de ações, planejamentos estratégicos da Instituição, estão à disposição da Câmara Municipal de Birigui e demais fiscalizadores, a fim de corroborar com as alegações acima expostas.

Não bastasse, a Santa Casa de Birigui adota alojamentos conjuntos, orientações quanto à alta responsável, triagem neonatal PNTN (Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho,, Teste do Coraçõozinho, Teste da Linguinha), observa as diversas leis oriundas da presente especialidade, como, por exemplo: Lei Municipal de Manobra de Desengasgo nº 140/2022, entre outras afins.

E, como forma de alinhar a base principiológica da autonomia do profissional médico/paciente junto às normativas da lei, o Hospital emanou um comunicado interno desestimulando os profissionais a realizarem as práticas consideradas prejudiciais e ineficazes durante o trabalho de parto.

Insta consignar, ademais, que, de um modo geral, as condutas profissionais aparentemente consideradas culposas (negligentes, imprudentes e imperitas) ou até dolosas, são metodicamente reavaliadas pela Comissão de Ética Médica da Instituição, respeitadas, ainda, as investigações dos órgãos fiscalizadores.

Reprisa-se, a atual administração do Hospital exige de seus prestadores de serviços, colaboradores e parceiros, o seguimento das recomendações do Ministério da Saúde, além das recomendações do Egrégio Ministério Público do Estado de São Paulo, ressaltando, portanto, o respeito pelas normativas jurídicas do país e o atendimento qualificado aos pacientes.

Por isso, anexa-se ao presente os protocolos seguidos pelos hospitais para maternidade e berçário, sob pena de instauração de procedimento investigativo interno para averiguar e, se o caso, punir condutas em desacordo com os mesmos.

Nestes termos, era o que competia a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui esclarecer, entretanto se dúvidas ainda restarem, esta Entidade se coloca a inteira disposição para dirimi-las.

Ao ensejo, externamos a Vossa Senhoria nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente.

LEANDRO MAFFEIS MILANI
Prefeito Municipal de Birigui
Santa Casa de Birigui



curso gratuito para

gestante

 24 e 25 de Abril

 19h às 20h

 Salão Nobre
Santa Casa de Birigui

INSCRIÇÕES PELO SITE:

www.santacasabirigui.com.br

até 19/04 ou preencher
as 25 vagas disponíveis

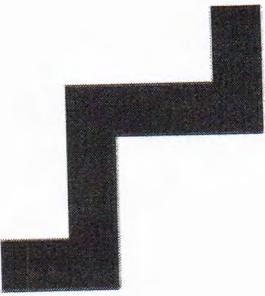


   santacasabirigui
www.santacasabirigui.com.br

Cuidar bem é o nosso maior compromisso!



Santa Casa de Misericórdia de Birigui



Dra Carolina Ruiz Mazaia
Residente na Maternidade da Santa Casa de Misericordia de Birigui

Santa Casa de Misericórdia de Biritiguí

- Fundada em 1935
- Hospital geral de nível secundário
- Microrregião: Brejo Alegre, Bilac, Coroados, Lourdes, Turuúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.
- Localizada à 516km da capital
- Total de 119 leitos



MATERNIDADE

- Atende: Brejo Alegre, Coroados, Lourdes, Turiúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.

Instalações:

- 14 leitos sus
- 8 leitos particulares/convênios
- 3 PPP

PRODUTIVIDADE 1º E 2º QUADRIMESTRE 2023

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
PARTO NORMAL SUS	33	35	39	35	39	43	31	37
PARTO CESÁREA SUS	34	39	46	41	35	33	49	41
PARTO CESÁREA PART	38	36	38	39	50	32	49	37
TOTAL DE NASCIDOS	105	111	124	115	123	110	129	116
TOTAL DE CONSULTAS	253	235	270	230	255	204	181	215

Taxas

- 120 partos / mês
- 65% Parto SUS
- 47% Parto Normal
- 230 atendimentos / mês (PSM e microrregião)

Santa Casa de Biritiba Mirim recebe equipe do Ministério da Saúde para certificação de eliminação vertical do HIV

Por fernandesmr

 Postado em 1 semana atrás

 6 tempo de leitura

 17  0  0

A Santa Casa de Biritiba Mirim recebeu, na quarta-feira (6), a Equipe Nacional de Validação do Ministério da Saúde para o encerramento do processo de certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV, ao qual o município pleiteia. Os técnicos conheceram a Maternidade do hospital.



SAÚDE

19 de junho de 2023



Arrumando a mochila maternidade: veja dicas do que trazer para a chegada do bebê



Curso gratuito para gestantes

gestante

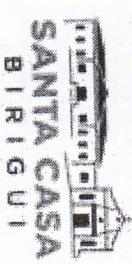
A Santa Casa de Birigui está com inscrições abertas para nova turma do curso gratuito para gestantes. O objetivo é esclarecer as futuras mamães sobre os cuidados que precisam ter desde o período da gestação até o pós-parto, além dos primeiros cuidados com o bebê. O encontro acontecerá nos dias 27 e 28 de setembro. [...]

27 e 28 de setembro
18h às 20h
Santa Casa de Birigui

Santa Casa de Birigui abre inscrições para nova turma do curso gratuito para gestantes

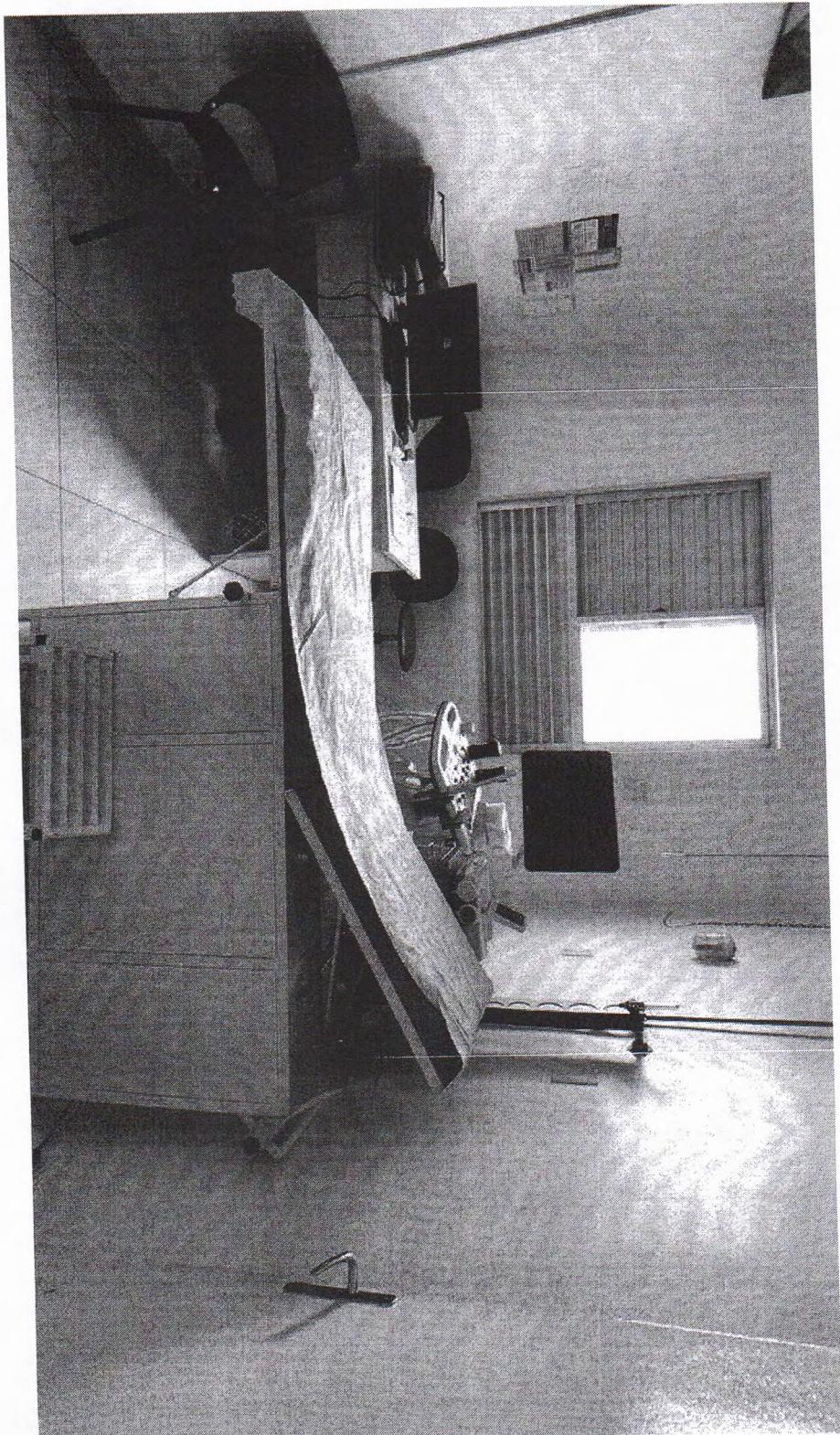


A Santa Casa de Birigui reúne 32 participantes no retorno do Curso para Gestantes que aconteceu nesta quarta e quinta-feira (30 e 31 de agosto) no salão nobre do hospital. O cursinho gratuito estava suspenso há três anos em razão da pandemia da covid-19. Coordenado pelo Centro Integrado de Humanização e [...]



AVALIAÇÃO INICIAL

- Cardiotocografia
- Perfil biofísico fetal
- Avaliação do colo uterino
- Exame especular (se indicado)
- Amnioscopia (se colo com dilatação)





PRÉ PARTO

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO

- Alimentação livre;
- Movimentação durante o trabalho de parto e parto;
- Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Monitoramento do trabalho de parto pelo partograma;
- Acompanhante por todo o período de hospitalização;
- Não realização de episiotomia corriqueiramente.

PÓS PARTO

- No pós parto sem intercorrências, preconizamos:
 - contato pele a pele imediato
 - clampamento do cordão umbilical após parar de pulsar
 - estímulo da amamentação precocemente
- Se evolução sem intercorrências, será realizada a Golden Hour por completo;
- Alojamento conjunto com a mãe;
- Banhos em conjunto com a mãe e acompanhante

PÓS PARTO

- Vacinação
- Teste do olhinho
- Teste da línguinha
- Teste do coraçãozinho

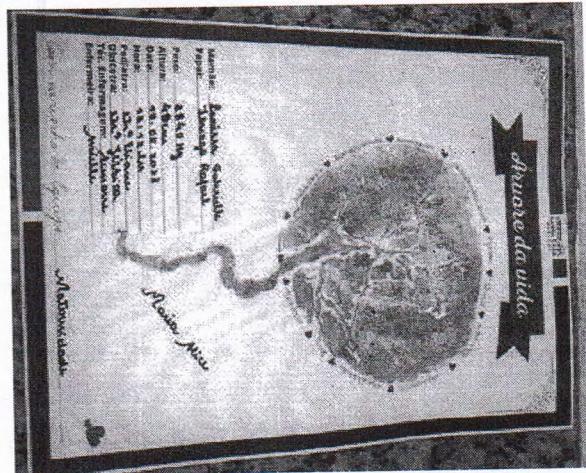
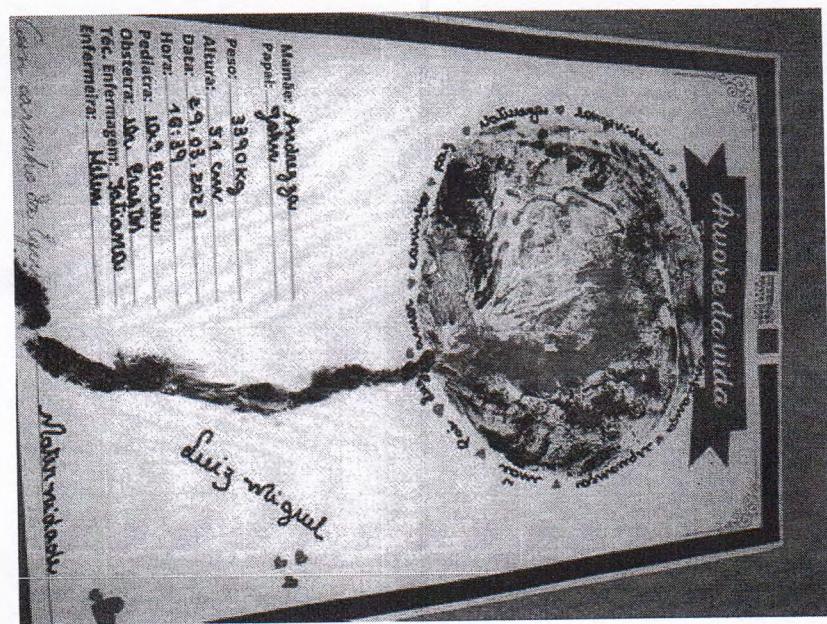
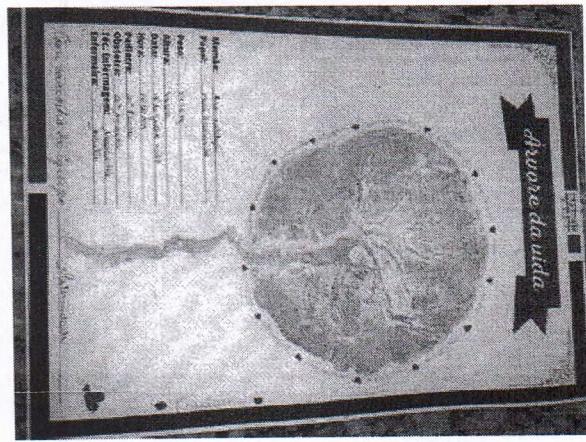


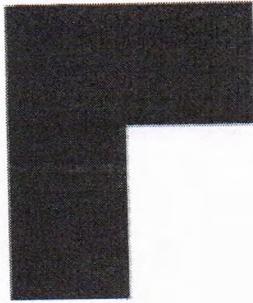


SANTA CASA

BIRIGUI

Carimbo da Placenta







Obrigada!!!



Tel. 3649-3100

Rua Dr. Carlos Carvalho Rosa, 115 • Bairro Sítvares • CEP-16201-010 • Birigui/SP

  Santacasabirigui.com.br



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº01

PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Data de elaboração: 22 de Fevereiro de 2005.

Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 16

Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias / UTI / Pronto Atendimento

PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

01-Processo:

1.1-Higienização das mãos.

02-Objetivo:

- 2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde;
- 2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;
- 2.3- Remoção da sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele

03-Departamento Envolvido:

3.1- Todos os profissionais que trabalham no serviço de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

04- Freqüência:

- 4.1- Antes de iniciar o turno de trabalho;
- 4.2- Antes e após cada procedimento;
- 4.3- Antes de calçar as luvas e após retirá-las;
- 4.4- Após o contato com fluídos corporais;

4.5- Após terminar o turno de trabalho.

05-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1- Água;
- 5.2- Sabão líquido com anti-séptico;
- 5.3- Papel toalha 100% celulose, de cor branca.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1-Retirar anéis, alianças, pulseiras e relógios;
- 6.2-Abrir a torneira e molhar as mãos e punho, sem encostar-se na pia;
- 6.3-Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sábio líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 6.4-Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- 6.5-Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos entre si;
- 6.6-Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- 6.7-Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice e versa;
- 6.8-Esfregar o polegar direito, com o auxilio da palma da mão esquerda, utilizando os movimentos circular e vice-versa.
- 6.9-Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
- 6.9.1- Esfregar o punho esquerdo, com o auxilio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- 6.9.2-Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- 6.9.3-Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.

07-Itens de controle:

- 7.1-Manter unhas aparadas e sem esmaltes;
- 7.2-Vedado o uso de adornos (anéis, pulseiras, relógios, etc);
- 7.3- Proibido uso de esmalte e em nenhuma hipótese de cor escura.

08-Dокументos e Referencias:

- 8.1- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF N° 02 | **PROTÓCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL**

Data de elaboração: 28 de Janeiro de 2010. Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro 2023 | Revisão Nº: 11

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias / UTI / Pronto Atendimento

PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL

01-Processo:

1.1-Higienização das mãos com álcool á 70 %.

02-Objetivo:

- 2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde;
 - 2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;

03-Departamento Envolvido:

3.1-Profissionais de saúde, funcionários e visitantes.

04-Recursos (materiais necessários):

- 4.1-Álcool gel á 70%.
 - 4.2-Suportes de álcool gel
 - 4.3- Válvulas pump

05-Passos do procedimento:

- 5.1-Retirar anéis, alianças, pulseiras, relógios;
- 5.2- Aplicar diretamente o álcool gel nas mãos limpas e secas; a quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos;
- 5.3- Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- 5.4- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice e versa), segurando os dedos.
- 5.5- Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular;
- 5.6- Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita (e vice e versa), fazendo um movimento circular;
- 5.7- Friccione os punhos com movimentos circulares;
- 5.8- Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

06-Itens de controle:

- 6.1- O álcool gel não é um substituto de água e sabão na lavagem das mãos;
- 6.2- O álcool gel é recomendado como um complemento nos procedimentos de lavagem das mãos;
- 6.3- A ação anti – séptica do álcool será anulada em presença de matéria orgânica e sujidades visíveis nas mãos, o que contra indica o uso de produto nessas situações;
- 6.4- Não aplicar sobre a pele com ferida ou irritada;
- 6.5- O procedimento deve ser realizado:
 - * Após lavar as mãos;
 - * Antes de iniciar o turno de trabalho lavar as mãos e higienizar;
 - * Antes e após cada procedimento, na ausência de matéria orgânica ou sujidades visíveis;
 - * Após terminar o turno de trabalho lavar as mãos e higienizar.
- 6.6- O colaborador do setor é responsável em abastecer os suportes de álcool gel das paredes , e os frascos de válvulas pump.

07-Dокументos e Referências:

- 7.1-Guia para higiene de mãos em serviços de assistência a saúde – CDC.
- 7.2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 03 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PESSOAS EXTERNAS DO SETOR

Data de elaboração: 14 de Julho de 2011 Nº. De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 Revisão Nº: 10

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto atendimento

PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PESSOAS EXTERNAS DO SETOR

01-Processo:

1.1-Higienização das mãos.

02-Objetivo:

2.1- Realizar uma medida básica para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde das pessoas que adentram o hospital para visitação de pacientes em unidades de internação.
2.2- Reduzir a disseminação de microorganismos e prevenção das infecções cruzadas;

03-Departamento Envolvido:

3.1-Visitantes externos.

04-Recursos (materiais necessários):

4.1-Álcool gel.

05-Passos do procedimento:

- 5.1- Orientar as pessoas externas do setor (funcionários que não pertence ao setor e visitantes) quanto à importância da higienização das mãos;
- 5.2- Verificar periodicamente os dispensadores, deixando sempre abastecidos;
- 5.3- Higienizar as mãos antes e após as visitas nos suportes que ficam ao lado do leito, ou nos dispensadores de válvulas pump nos setores.

06-Itens de controle:

- 6.1- Manter suportes de álcool gel sempre abastecidos prontos para o uso.

07-Dокументos e Referências:

- 7.1-Guia de utilização de anti – infecções e recomendações para prevenção de infecções hospitalares. (4^a. Edição – 2009 – 2011).
- 7.2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: ANVISA,2009.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 05 PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Data de Elaboração: 17 de Dezembro de 2009.

Nº. De Pág.: 1/3

Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº. 12

Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira e Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/UTI /Pronto atendimento

PROTOCOLO DE CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

01-Processo:

1.1-É a introdução de uma sonda uretral na bexiga.

02-Objetivo

- 2.1-Retirar a urina retida na bexiga, aliviando a distensão vesical;
- 2.2-Auxiliar no diagnóstico e tratamento;
- 2.3-Permitir o controle rigoroso do volume de diurese;
- 2.4-Prevenir complicações nos pós-operatórios de cirurgias de grande porte e cirurgias pélvicas;
- 2.5-Preparar para exames ou cirurgias.

03-Departamento envolvido:

3.1- Privativo do Enfermeiro.

04-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1-Bandeja;
- 4.2-Um pacote cateterismo vesical;
- 4.3-Sonda Vesical (duas vias), de Calibre Adequado;
- 4.4-Um Tubo de xylocaína gel;
- 4.5-Um Par de luvas estéreis;
- 4.6-Uma seringas de 20 ml;
- 4.7-Uma agulha 40x12;
- 4.8-Duas ampola (10 ml) de água destilada;
- 4.9-Micropore;
- 4.10-Um pacote de gaze esterilizada;
- 4.11-Solução Antisséptica (Clorexidina aquosa);

- 4.12-Biombo se necessário;
- 4.13-Saco para lixo;
- 4.14-Bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- 4.15-Material para higiene íntima;
- 4.16-01 Par de luvas de procedimento.

05-Passos do procedimento:

Pré Execução:

- 5.1-Observar prescrição médica;
- 5.2-Avaliar o calibre da sonda a ser utilizada;
- 5.3-Preparar o material;
- 5.4-Higienizar as mãos conforme protocolo nº 01

Execução:

- 5.5-Identificar-se;
- 5.6-Checar o nome e o leito do cliente;
- 5.7-Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- 5.8-Colocar o paciente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais, calçar luvas de procedimento;
- 5.9-Fazer a higiene íntima do paciente conforme técnica (ou orientar o mesmo a realizar se tiver condições);
- 5.10-Abrir o pacote de cateterismo próximo ao paciente (atentando às condições ambientais e do cliente);
- 5.11-Dispôr sobre o pacote (parte estéril) do cateterismo aberto os materiais estéreis (cateter, coletor de sistema fechado, gazes, 2 seringas, agulha, campo fenestrado aberto lateralmente);
- 5.12-Colocar solução antisséptica na cúpula;
- 5.13-Calçar as luvas (estéreis);
- 5.14-Montar a seringa com a agulha, solicitar ajuda de um colega e aspirar a água destilada (com volume conforme o fabricante do cateter), posicionar os materiais;
- 5.15-Testar o balão, insuflar com a seringa;
- 5.16-Adaptar o cateter ao coletor sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora;
- 5.17-Montar a pinça com gaze, embebida na solução antisséptica, procedendo à antisepsia;
- 5.18-Separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante;
- 5.19-Realizar a antisepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido anteroposterior, movimento único);
- 5.20-Colocar o campo fenestrado com abertura lateral;
- 5.21-Lubrificar a gaze com anestésico sobre o cateter;
- 5.22-Introduzir o cateter lentamente até Y;
- 5.23-Constatar a saída da urina e injetar água destilada para insuflar o balão (volume conforme indicação do fabricante);
- 5.24-Testar se o cateter está fixo, puxar o cateter delicadamente, até apresentar resistência, retirar o campo;
- 5.25-Fixar com micropore a extensão do coletor em região interna da coxa da cliente, sem tracionar, posicionar a bolsa coletora adequadamente;

- 5.26-Prender a bolsa adequadamente na cama;
- 5.27-Retirar as luvas;
- 5.28-Anotar na bolsa coletora a data do procedimento;

Pós Execução:

- 5.29-Manter coletor abaixo do nível da bexiga;
- 5.30-Desprezar o material utilizado no expurgo;
- 5.31-Lavar as mãos;
- 5.32-Realizar as anotações necessárias: hora, número e tipo de cateter, volume e aspecto da urina, volume de água destilada injetada no balão e intercorrências. Assinar e carimbar.

Avaliação:

- 5.33-Sangramento;
- 5.34-Retorno de urina;
- 5.35-Obstrução da sonda;
- 5.36-Fixação correta;
- 5.37-Certifique-se do clamp da extensão aberto;
- 5.38-Certificar se o clamp do coletor está fechado;
- 5.39-Tração da sonda;
- 5.40-Trocar diariamente a fixação da sonda.

06-Dокументos de Referência:

- 6.1-Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.
- 6.2-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed._São Paulo: Martinari, 2009.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assintencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 14 | PROTOCOLO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data de elaboração: 04 de Agosto de 2010 | Nº. De Pág.: 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 11

Responsável pela elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01-Processo:

1.1- São todos os registros das informações, observações e ocorrências sobre o paciente.

02- Objetivo:

2.1-Fornecer á equipe de saúde, dados sobre o paciente,
2.2-Facilitar a comunicação entre as equipes,
2.3-Testemunhar as ações de enfermagem em processos legais e fornecer subsídios para conduta diagnóstica e terapêutica.

03- Departamento Envolvido:

3.1- Enfermagem

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados)

4.1-Prescrição de enfermagem;
4.2-Caneta (cor referente ao horário);
4.3-Prescrição médica;
4.4-Pedidos de exames.

05- Passos do procedimento:

- 5.1- Verificar se o cabeçalho da prescrição de enfermagem esta preenchido com os dados de identificação do paciente, caso não esteja, completá-lo;
- 5.2-Realizar as anotações de enfermagem logo após o cuidado prestado, a ocorrência de algum fato, as informações e queixas do paciente com letra legível;
- 5.3-Iniciar as anotações de enfermagem pelo horário;
- 5.4-Anotar de maneira incisa (sem rodeios), precisa (exata), concisa (resumida), completa (acabada), correta (isenta de erro), objetiva (para evitar dupla interpretação) e clara (fácil de entender), evitar usar o termo “paciente”;
- 5.5-Anotar sem rasura, e no caso de engano, usar a palavra “digo”, antecedendo a frase correta;
- 5.6-Assinar de forma legível, não deixando espaço entre as anotações e a assinatura, utilizar o carimbo de identificação com nome e número do Coren.

6.0- Itens de controle:

- 6.1-Sempre realizar anotações de horário quanto ao consumo dos gases medicinais (horas de utilização e litros/mim);
- 6.2- Anotar informações complementares de cuidados prescritos e checados tais como: volume, aspecto, odor, característica, cor e outros;
- 6.3-Checar os procedimentos realizados com nome legível.
- 6.4-Anotar dados referentes ás necessidades biopsicoespirituais;
- 6.5-Checar os cuidados com cores inversas;
- 6.6-Evitar expressões como hábitos fisiológicos normais, sem anormalidades, sem intercorrência, sem queixas, passou bem o período;
- 6.7-Registrar a data e horário das anotações de enfermagem;
- 6.8-Sempre realizar relatórios de enfermagem com letra legível;
- 6.9-Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- 6.10- Estes registros refletem todo empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando assim suas ações além de garantir a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e consequentemente segurança, pois é o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao cliente.

7.0- Esquema para relatório:

Admissão:

- Horário da admissão;
- Procedência;
- Motivo da internação;
- Acompanhado por quem;
- Condições de chegada (deambulando, em maca cadeira de rodas)
- Queixas relacionadas ao motivo da internação
- Diagnóstico;
- Estado geral (exame físico céfalo caudal)
- Antecedentes pessoais e familiares (doença na infância, outras internações, se faz uso de medicações, reações alérgicas e se faz algum tratamento, uso de bebida alcoólica e se fuma);
- Relação de pertences;
- Sinais vitais;

- Peso e altura.

Alta:

- Horário da saída;
- Orientações de alta como horários, via de administração dos medicamentos, doses, data e local de exames, retorno ambulatorial, se houver;
- Acompanhado por quem;
- Meio de transporte;
- Estado geral na alta, se não estiver bem, o que foi feito;
- Entrega dos pertences;
- Sinais vitais.

Anotações do período:

- Nível de consciência;
- Padrão respiratório;
- Alterações de comportamento;
- Dieta: anotar a aceitação e a via de administração tais como (por sonda nasogástrica, sonda enteral, gastrostomia ou via oral. Se a dieta for por via oral anotar a aceitação em frações e se por sonda ou gastrostomia, anotar os volumes infundidos);
- Aspecto das feridas e tratamento aplicado;
- Exames realizados;
- Presença de drenos, aspecto e volume das secreções;
- Hipertensão, alergias, hipertermia, descrevendo o que foi feito para resolver o problema e o resultado obtido;
- Eliminação vesical e intestinal, anotando a freqüência, odor, aspecto, Consistência das fezes e volume da diurese;

Encaminhamento ao Centro Cirúrgico

- Nível de consciência;
- Padrão respiratório;
- Alterações do comportamento;
- Estado geral;
- Cirurgia a ser submetido;
- Condições de higiene;
- Acesso venoso;
- Sinais vitais

- Destino dado aos pertences.

Recepção do paciente ao retornar do Centro Cirúrgico:

- Procedência;
- Tipo de anestesia que recebeu;
- Estado geral;
- Nível de consciência;
- Padrão respiratório;
- Alterações do comportamento;
- Exame físico;
- Localização de drenos e o aspecto, cor, odor e volume drenado;
- Localização, tipo de curativo;
- Localização, tipos de sondas, aspecto cor e volume drenado;
- Localização e tipo de acesso venoso;
- Verificação de sinais vitais de 01/01 hora nas primeiras 06 horas e de 02/02 horas nas 06 horas subsequentes.

08- Documentos e Referencias:

8.1- Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 15 **Protocolo de rotina de verificação dos SSVV no cliente adulto e infantil**

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022 **Nº. De Pág.:** 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 **Revisão Nº 0**

Responsável pela elaboração: Simone Garcia Vicente e Elenice dos Santos Ramires Heiderichi

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

Protocolo de rotina de verificação dos SSVV no cliente adulto e infantil

01-Processo:

01 - Instruir o colaborador da enfermagem a rotina de verificação e avaliação dos SSVV, pois são estes os principais indicadores do estado de saúde do paciente.

02- Objetivo:

2.1- Avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente através da verificação da Pressão Arterial; Frequência Cardíaca; Frequência Respiratória; Pulso; Temperatura; Saturação de Oxigênio.

03-VERIFICAÇÃO SSVV:

3.1- Rotina nas enfermarias adulto e pediátrica as 13h – 19h – 01h- ou conforme prescrição médica;
3.2- Rotina na UTI 2/2 horas 13h- 15h- 17h -19h -21h -23h- 01h -03h -05h- 07h ou conforme prescrição médica.

04-Departamentos Envolvido

4.1- Enfermagem.

05-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1- Termômetro digital;
5.2- Esfigmomanômetro;
5.3- Estetoscópio;
5.4- Oxímetro de dedo;

- 5.5- Relógio com ponteiro de segundos;
- 5.6- Papel e caneta;
- 5.7- Copo descartável com bolas de algodão;
- 5.8- Álcool 70%;
- 5.9- Bandeja.

06- Passos do Procedimento:

- 6.1- Lavar as mãos conforme técnica padronizada antes e após avaliar o paciente;
- 6.2- Reunir e certificar de que os materiais e equipamentos é o adequado e está em perfeito funcionamento e calibrado;
- 6.3- Separar folha própria para registro de sinais vitais;
- 6.4- Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente;
- 6.5- Manter o ambiente tranquilo e o paciente confortável para aferição dos SSVV, preferência na posição deitada;
- 6.6- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- 6.7- Lavar as bandejas antes e após sua utilização;
- 6.8- Deixar o posto de enfermagem limpo e organizado;
- 6.9- Higienizar novamente as mãos;
- 6.10- Registrar em impresso específico os valores encontrados, checar em prontuário físico, a prescrição de enfermagem relacionada à aferição dos sinais vitais;
- 6.11- Comunicar ao enfermeiro as alterações encontradas.

07- Observações:

- 7.1- Para verificação da frequência respiratória deve colocar a mão no pulso radial do paciente, como se fosse controlar o pulso, e observar os movimentos respiratórios, contar por um minuto e memorizar a frequência respiratória (ciclo respiratório completo que equivale à inspiração e expiração).
- 7.2- Para aferição da pressão arterial se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão voltada para baixo. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente.
- 7.3- Para verificação do nível de SPO₂ aquecer as mãos do paciente se necessário.
- 7.4- Atletas costumam ter a pulsação mais baixa, chegando a 40 bpm sem que haja comprometimento ao bem-estar.
- 7.5- Para verificação da temperatura corporal observar a temperatura do ambiente em que o paciente está (frio, quente, fresco), fator importante, demonstra o resultado entre ganho e perda de calor do corpo para o ambiente.
- 7.6- Local de Verificação do pulso: • Artérias: Temporal, Carotídeo, Apical, Braquial, Radial, Ulnar, Femoral, Poplítea, Tibial posterior, Dorsal do pé. Em bebês não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo).
- 7.7- A variação dos parâmetros normais dos SSVV pode ocorrer conforme patologias existentes, condições clínicas e medicamentosas dos pacientes.

Parâmetros normais dos sinais vitais conforme faixa etária				
Faixa etária	Frequência Cardíaca (pulsação)	Frequência Respiratória	Pressão arterial (Sistólica e diastólica)	Temperatura corporal
Neonatos 0 a 28 dias	100 a 160b/m	50 a 60r/m	75/50mmHg	Entre 36,1°C e 37,2°C
Lactentes 29 dias a 2 anos	100 a 140b/m	30 a 40r/m	85/65 a 90/65mmHg	Entre 36,1°C e 37,2°C
Crianças 2 anos a 11anos	70 a 120b/m	25 a 35r/m	90/65 a 100/60mmHg	Entre 36,1°C e 37,2°C
Adolescentes 12anos a 17anos	60 a 90b/m	18 a 20r/m	110/70mmHg	Entre 36,1°C e 37,2°C
Adultos	60 a 100r b/m	18 a 20 r/m	110/70 a 140/90mmhg	Entre 36,1°C e 37,2°C

08- Referencias:

- 8.1- BRASIL. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 107, n. 3, suplemento 3, setembro de 2016.
- BARROS, A.L.B.L. Anamnese e Exame físico- Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3^a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 8.2- POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- 8.3- Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. UPA Moacyr Scliar Manual do técnico de enfermagem da UPA Moacyr Scliar; organização de Cecília Biasibetti Soster; Ana Paula de Lima. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2019. Disponível em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1021313/manual-do-tecnico-de-enfermagem-upa-ms.pdf> Acessado em 23 de outubro de 2022.
- 8.4- sociedade brasileira de cardiologia; sociedade brasileira de hipertensão; sociedade brasileira de nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - 2020. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 0, n. 0, 2020. Disponível em:
https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x55156.pdf Acessado em 23 de outubro de 2022.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstétrica	04/01/2023	
Elenice dos Santos Ramires Heiderichi	Enfermeira	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 20

PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO HIV

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022

Nº. De Pág.: 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 0

Responsável pela elaboração: Edmari Franco de Souza Ferreira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO HIV

01-Processo:

- 1.1- É um teste rápido de triagem para detectar a presença de anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

02-Objetivo:

- 2.1- Detectar anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) 1/2/O, em soro, plasma ou sangue total humanos. O teste se baseia na tecnologia cromatográfico rápido de terceira geração para a detecção qualitativa de anticorpos contra o HIV 1(IgG e IgM), incluindo grupo M, grupo O e HIV 2. Resultados reativos são evidências de exposição ao HIV 1/2/O e podem ser usados como suporte ao diagnóstico clínico. O teste rápido para HIV ABON é indicado para uso por profissionais de saúde, este teste se encontra armazenado na geladeira da Maternidade e do Pronto Atendimento.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1- Enfermagem (Supervisores de Enfermagem)
3.2- Médico.

04- Freqüência:

- 4.1- Sempre que estivermos casos de profissionais da saúde envolvidos em acidentes com exposição biológica e com a presença do paciente fonte;

4.2- Gestantes sem o exame registrado em carteira, e sem a realização do pré-natal.

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

5.1-Pedido médico para realizar o teste rápido para HIV;

5.2-Algodão;

5.3-Álcool a 70%;

5.4-Caneta;

5.5-Carimbo;

5.6-Declaração de teste rápido (duas vias);

5.7-Kit do Teste rápido (**Dispositivo de teste; Pipeta para coleta; Solução tampão; Lanceta**)

5.8-Planinha de anotações dos dados;

5.9-Cronômetro;

5.10-Luvas de procedimento;

5.11-Bandeja.

06-Passos do Procedimento:

6.1-O Supervisor de Enfermagem irá receber o paciente fonte, e solicitar o pedido médico;

6.2-Separar os componentes, verificar a integridade de todos os componentes e a inexistência de linhas na janela do suporte de teste. Caso contrário, descartar o teste;

6.3-Calçar luvas de procedimento;

6.4-Utilizar a lanceta para a obtenção da amostra de sangue;

6.5-Coletar a amostra utilizando a pipeta capilar específica para esse teste e finalidade;

6.6-Aplicar a amostra no suporte do teste;

6.7-Aplicar 02 gotas do tampão no dispositivo do teste, (manter o frasco na posição vertical para garantir que o volume adequado de tampão seja aplicado no suporte);

6.8-Aguardar 10 minutos para a migração dos componentes pela fita de teste e realize a leitura do resultado no tempo específico. Leituras após 20 minutos não dever ser consideradas. Descartar o teste

6.9-**Resultado Reagente:** A detecção de duas linhas rosa/roxa uma na área de **CONTROLE (C)** e outra na área de **TESTE (T)**, indica um resultado **REAGENTE**. A intensidade da linha na área do **TESTE (T)** varia de claro a muito escura conforme a concentração do anticorpo específico. Assim, a linha na área de **TESTE (T)** pode ter aparecido diferente da linha na área de **CONTROLE (C)**, isto não invalida o teste. Mesmo uma linha muito clara na área de **TESTE (T)**, deve ser considerado um resultado **REAGENTE**. Um resultado reagente deve ser confirmado conforme recomendação do M.S. (Ministério da Saúde); Comunicar o médico do paciente e realizar contra prova.

6.10-**Resultados Inconclusivos ou inválidos:** Uma linha rosa/roxa deve sempre aparecer na área de **CONTROLE (C)**, não importando se a linha **TESTE (T)** aparecer ou não na área devida. Caso uma linha roxa/rosa não seja visível na área de **CONTROLE (C)**, o teste deve ser considerado inconclusivo ou inválido. Um resultado inválido ou inconclusivo de teste não pode ser interpretado. Descartar o material e repetir o procedimento com novo suporte de teste e nova amostra. Caso

o problema persista, entrar em contato com o SAE/IST e comunicar CCIH imediatamente.

6.11-Resultado Não Reagente: Um resultado não reagente é indicado por uma linha roxa/rosa na área de **CONTROLE (C)**, e nenhuma linha na área **TESTE (T)**. Um resultado não-reagente em 10 minutos indica a ausência de anticorpos para HIV 1/2/O na amostra;

6.12-Após leitura do resultado, anotar na planilha que fica armazenada junto aos testes, todos os dados solicitados, utilizar de impresso próprio (Declaração do Teste Rápido), existente na pasta junto à planilha, preencher em duas vias a Declaração de Teste Rápido onde a 1^a via é entregue ao paciente ao qual foi submetido ao teste, e a segunda fica arquivada na pasta junto ao teste. O Supervisor de Enfermagem que realizou o teste deverá assinar e carimbar a declaração;

6.13-Organizar o local armazenando os materiais em seus devidos lugares;

6.14-Realizar o registro da realização do teste na planilha anexa ao teste e não se esquecendo de preencher corretamente todos os itens desta planilha;

6.15-Lavar as mãos.

07- Conservação e Estocagem

7.1-O Kit do teste rápido para HIV ABON deve ser mantido armazenado entre 2 a 30°C;

7.2-Não congele o Kit ou seus componentes;

7.3-Os envelopes contendo os componentes devem manter lacrados até o momento de sua utilização;

7.4-O tampão de corrida também deve ser mantido entre 2 a 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

08-Itens de controle:

8.1-Este teste deverá ser utilizado apenas em situações de acidente com risco biológico e em gestantes como especificado acima, não devendo ser utilizado para outros fins diagnósticos dos quais não constam descritos neste protocolo;

8.2-Alguns resultados reagentes podem aparecer em menos de 10 minutos, mas são necessários 10 minutos para detectar um resultado não-reagente. Ler os resultados em ambiente iluminado;

8.3-Sempre utilizar a pipeta capilar específica do teste para coletar a amostra e nunca pipetas de outros testes;

8.4-Nunca pingar diretamente no dedo;

8.5-Nunca aplicar o tampão com o frasco inclinado;

8.6-O Kit teste Rápido para HIV 1/2/O ABON deve ser utilizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostra de sangue coletados em tubos contendo anti-coagulantes podem gerar resultados inadequados;

8.7-A leitura deverá ser realizada em 10 minutos;

8.8-Sempre verificar a data de validade, nunca utilizar Kit vencido;

8.9-Sempre que observar que os Kits estão em pouca quantidade informa a CCIH, a qual é responsável em solicitar os Kits;

8.10-Devemos atender todos os municípios dos quais somos referência (**Buritama, Bilac, Clementina, Coroados, Santópolis do Aguapei, Turiuba, Brejo Alegre, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu e Birigui**).

8.11-Este teste deve ser feito exclusivamente nesta Instituição;

8.12-Todo paciente fonte que será submetido ao teste deverá ser informado qual a finalidade da realização, assim como seu Médico responsável, constando esta anotação em prontuário.

09-Documentos e Referências:

9.1-Teste Rápido – HIV 1/2/O Tri-line Human Immunodeficiency Virus Rapid Test – Ministério da Saúde ABON (Abbott Diagnósticos Rápidos S.A.)

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUÍ

FUNDADA FM 1935

PROTÓCOLO PARA ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO

Data de elaboração: 24 de Maio de 2010. N.º De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 11

Responsável pela elaboração: Rita de Cassia M. C. Pitarcio

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente
Edmari Franco de Souza Ferreira

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO

01-Processo:

1.1-Permanência de um acompanhante na sala de pré-parto e sala de parto no momento da realização do parto normal, e parto imediato.

02-Obietivo:

2.1-Viabilizar a presença de um acompanhante junto a gestante. Diante da Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, na qual a instituição hospitalar conveniada ao SUS fica obrigada a permitir um acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas após o parto).

03-Departamento Envolvido:

- 3.1-Equipe Obstetra da Santa Casa de Birigui;
 - 3.2-Equipe de Enfermagem;
 - 3.3-Obstetras do Corpo Clínico.

04-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- #### **4.1-Utilização de crachá de identificação do acompanhante.**

05-Passos do Procedimento:

5.1-No momento em que a gestante interna recebe a informação de que poderá ter um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e pós-parto imediato (duas horas após o parto), após ter feito a opção pelo seu acompanhante, este receberá orientações sobre como deverá se comportar na dependência da Maternidade com a paciente;

5.2-Cabe a Equipe de Enfermagem orientar o acompanhante que este não deve dirigir-se a outros leitos limitando-se a acompanhar a paciente, oferecerendo a gestante: apoio, segurança, auxiliar na deambulação, auxiliar com exercícios solicitados pela Equipe de Enfermagem a fim de minimizar o processo do parto;

5.3-Fica vetado ao acompanhante: fumar no interior da instituição, realizar refeições na dependência da unidade, realizar imagens de outras pacientes e recém-nascidos do qual não seja de seu conhecimento;

5.4-O acompanhante deverá acatar todas as normas e rotinas do setor e jamais interferir nas condutas tanto Médicas como de Enfermagem.

6.0- Itens de Controle:

6.1-Em situações que acompanhantes apresentar comportamento desfavorável ao bom andamento do processo de parto (pré-parto, parto e pós-parto) da gestante este deverá ser convidado a retirar-se da unidade;

6.2-O acompanhante será de escolha da gestante;

6.3-Em situações que o acompanhante cause desagrado à paciente, será solicitado a sua saída do setor devendo respeitar a vontade da paciente;

6.4-Fica definido o número de um acompanhante por gestante em trabalho de parto.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 35 | PROTOCOLO DE LIMPEZA DAS INCUBADORAS

Data de Elaboração: 13 de Setembro de 2011

Nº. De Pág.: 1/2

Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº. 10

Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente
Edmari Franco de Souza Ferreira

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE LIMPEZA DAS INCUBADORAS

01- Processo:

1.1- Limpeza concorrente e limpeza terminal das Incubadoras.

02 - Objetivo:

2.1- Realizar higienização correta das incubadoras a fim de diminuir riscos de infecção hospitalar para o RN.

03-Departamento envolvido:

3.1- Enfermagem

04-Freqüência:

4.1- Limpeza Concorrente: deverá ser realizada todos os dias;
4.2-Limpeza Terminal: deverá ser realizada sempre que o RN receber alta ou até 07 (sete) dias de internação do mesmo, e após transporte do RN do Centro-Cirúrgico para o Berçário.

05-Recursos:

- 5.1- Compressas limpas;
- 5.2- Água;
- 5.3- Sabão neutro.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1- **Limpeza Concorrente**: O profissional após o banho do RN, deverá limpar a incubadora com uma compressa limpa e umedecida com água, deslizando-a em movimentos únicos e contínuos por toda a extremidade da incubadora, em seguida realizar o mesmo procedimento externamente;
- 6.2- **Limpeza Terminal**: O profissional deverá realizar a limpeza terminal utilizando água, sabão e uma compressa limpa;
- 6.3- Para que a incubadora seja inteiramente higienizada, o profissional deverá desmonta - lá com todo cuidado e técnica, lavando cada peça separadamente com água e sabão neutro;
- 6.4- Após a limpeza, retirar o sabão e realizar a secagem de todo equipamento com compressa limpa e seca, a fim de evitar manchas e danificação da incubadora em questão.

07-Itens de Controle:

- 7.1- Toda limpeza Terminal deverá ser identificada com pequeno pedaço de fita crepe, fixada na incubadora em local de fácil visualização contendo data e nome do profissional que realizou o procedimento.

08- Referencias

Olidef- Neonatologia e Suporte Medico Hospitalar (fabricante)
Fanem- Produtos hospitalares (fabricante)

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

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 36 | PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Data de Elaboração: 31 de Março de 2010. | Nº. De Pág.: 1/2

Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº. 11

Responsável Pela Elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

01-Processo:

1.1-É a conferência das condições do carrinho de emergência junto à bandeja de entubação e o Desfibrilador.

02-Objetivo:

2.1-Manter bandeja de entubação e carrinho de emergência completo (lacrados), garantindo a quantidade dos materiais e equipamentos padronizados para o atendimento preciso da situação emergencial.

03-Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem.

04-Freqüência:

4.1-Diariamente.

05-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Impresso anexo ao carrinho de emergência;
- 5.2-Caneta;
- 5.3-Lacre.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1-Conferir diariamente a organização e condições do carrinho de emergência, bandeja de entubação e desfibrilador, observando se os lacres mantêm-se íntegros (sem violações);
- 6.2-Anotar o código de cada lacre em impresso próprio que se encontra junto ao carrinho, assinando-o com letra legível;
- 6.3-Verificar novamente o carrinho ao final do plantão (Supervisor de Enfermagem).

07-Itens de Controle:

- 7.1-Se encontrar o lacre rompido deverá conferir todo o carrinho seguindo a padronização de materiais/medicamentos que se encontra no verso da folha de conferência diária, realizando a reposição e novo lacre. Registrar no impresso o ocorrido. Caso o Supervisor não consiga realizar a reposição de todos os itens passar plantão para que o próximo supervisor o faça.
- 7.2-O impresso anexado ao carrinho de emergência é trocado mensalmente pela Secretaria da Enfermagem;
- 7.3-É dever de todos da Equipe de Enfermagem cuidar do impresso anexado ao carrinho de emergência.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 37 PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA TRIMESTRAL DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Data de Elaboração: 18 de Dezembro de 2009. Nº. De Pág.: 1/2

Data de Revisão: 26 de outubro de 2022. Revisão Nº. 12

Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI / Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA TRIMESTRAL DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

1.0-Processo:

1.1-Conferência do Carrinho de Emergência.

2.0-Objetivo:

2.1-Conferir data de validade e lote dos medicamentos e materiais, a fim de diminuir possíveis riscos para o paciente.

3.0-Departamento Envolvido:

3.1-Farmácia.

4.0-Freqüência:

4.1-A conferência será realizada trimestralmente, com a abertura do carrinho e retirada de materiais que irão vencer, sendo este de responsabilidade da Equipe da Farmácia.

5.0-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Impresso disponível pela CCIH;
- 5.2-Caneta;
- 5.3-Bloco de requisição;
- 5.4-Lacre.

6.0-Passos do Procedimento:

- 6.1-O Supervisor de Enfermagem responsável em fazer a conferência deverá preencher o impresso com atenção, colocando data e o lote dos medicamentos e materiais existentes no carrinho de emergência;
- 6.2-Abrir todas as gavetas do carrinho de emergência para que seja possível a visualização de cada item mencionado no impresso;
- 6.3-Trocar o medicamento e o material na farmácia para evitar o vencimento da validade dos mesmos, caso esteja materiais/medicamentos com data de vencimento próxima;
- 6.4-Após realizar a conferência, o Supervisor de Enfermagem deverá encaminhar o impresso preenchido e assinado com letra legível para o S.C.I.H desta instituição, e deixar o carrinho organizado e lacrado ;
- 6.5-O prazo de entrega será de 10 (Dez) dias a partir da data da disponibilização do impresso para cada Supervisor de Enfermagem.

7.0-Itens de Controle:

- 7.1-Estes impressos serão arquivados no S.C.I.H e disponibilizados sempre que necessário;
- 7.2-No ato da entrega do impresso, o Supervisor de Enfermagem deverá assinar o caderno de protocolo destinado a este procedimento.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 38

PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NA SALA DE CESÁREA

Data de elaboração: 20 de Maio 2010.

Nº. De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 11

Responsável pela elaboração: Ana Paula dos Santos Silva

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente
Edmari Franco de Souza Ferreira

Setor: Enfermagem/ Centro Cirúrgico

PROTOCOLO PARA ACOMPANHANTE NA SALA DE CESÁREA

01-Processo:

1.1-Permanência de um acompanhante na sala de cesárea durante a realização do parto.

02-Objetivo:

2.1-Viabilizar a presença de um acompanhante na sala de cesárea. Diante da Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, na qual a instituição hospitalar conveniada ao SUS fica obrigada a permitir um acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas pós-parto).

03-Departamento Envolvido:

- 3.1-Equipe Obstétrica;
- 3.2-Equipe de enfermagem;
- 3.3-Secretaria Gerênciia de Enfermagem.

04-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1-Declaração médica assinada autorizando a permanência de um acompanhante de escolha da parturiente a estar presente no momento do pré-parto, parto e pós-operatório imediato (duas horas pós-parto);
- 4.2-Declaração da parturiente devidamente assinada, tendo descrito o nome do acompanhante que a mesma autoriza a estar presente durante este procedimento;
- 4.3-Declaração da Equipe de Enfermagem do Centro-Cirúrgico comprovando a realização do treinamento voltado ao acompanhante.

05-Passos do Procedimento:

5.1-A gestante durante seu pré-natal deverá expressar ao seu médico que deseja a presença de um acompanhante durante seu parto;

5.2-Se a paciente for do convênio SUS (Sistema Único de Saúde) deverá se dirigir até a Saúde da Mulher (segunda a sexta feira, das 07:00 horas até as 19:00 horas), e retirar com o Médico plantonista uma declaração que autoriza esse procedimento, em caso da Paciente estar utilizando outros convênios e/ou particular, deverá retirar com seu próprio Médico.

5.3-A gestante deverá realizar uma declaração a próprio punho declarando que autoriza a permanência do acompanhante;

5.4-Se dirigir a Santa Casa de Misericórdia de Birigui com 10 (dez) dias de antecedência da data provável de parto e procurar pela Secretaria da Gerência de Enfermagem Carla em dias comerciais (segunda a sexta feira) nos horários das 13:30 horas às 19:00 horas, munida das declarações descritas acima (médico e gestante). Para agendamento do treinamento do acompanhante.

5.5-Após o acompanhante receber o treinamento receberá uma declaração autorizando sua permanência na sala cirúrgica. Esta declaração deverá ser apresentada no dia do parto, que antes de chamar à parturiente, a Supervisora de Enfermagem do Centro Cirúrgico deve comunicar os demais membros da Equipe Médica, sobre a presença do acompanhante na sala de cirurgia, arquivando a declaração em seu prontuário.

06- Itens de Controle:

6.1-Em situações de a parturiente antecipar sua cesárea e não ter tido tempo hábil para a realização dos trâmites aqui descritos, os interessados deverão comunicar a Supervisão de Enfermagem imediata;

6.2-É obrigatório a realização de treinamento para a entrada do acompanhante na sala de parto;

6.3-Fica vetado a permanência do acompanhante incapaz e/ou menor de 18 anos a adentrar nas dependências do Centro-Cirúrgico, salvo quando autorizado pela Direção Clínica e Técnica;

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Vana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 39 PROTOCOLO MATHERGAN

Data de elaboração: 29 de Março de 2011

Nº. De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 10

Responsável pela elaboração: Clenir Salete S. Soares

**Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente
Edmari Franco de Souza Ferreira**

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO MATHERGAN

01-Processo:

1.1-Imunoglobulina Humana Anti-Rh (matergam)

02-Objetivo:

2.1- Prevenir a formação de anticorpos contra glóbulos vermelhos RH positivos em pacientes RH negativos.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1-Médico;
- 3.2-Enfermagem;
- 3.3-Caixa;
- 3.4-Farmácia.

04-Recursos (materiais necessários):

- 4.1-01 par de luvas de procedimento;
- 4.2-Algodão com álcool 70%;
- 4.3-Seringa 03ml;
- 4.4-Frasco de matergam;
- 4.5-Prescrição Médica.

05-Passos do procedimento:

- 5.1- Com a tipagem sanguínea da Mãe e do Recém-Nascido em mãos o Médico realiza a avaliação, quando estes apresentarem o fator Rh diferentes seguir a seguinte conduta;
- 5.2-Orientar a Cliente sobre o procedimento a ser realizado e o seu motivo “Prevenção de anticorpos contra glóbulos vermelhos”;
- 5.3-Em casos de Clientes de Convênio Particular orientar aos familiares se dirigirem ao Setor de Financeiro para que efetue o pagamento da medicação que necessita ser administrada;
- 5.4-Depois de efetuado o pagamento os familiares entregam este recibo para a Equipe de Enfermagem, onde com a apresentação deste recibo retiram o medicamento na Farmácia;
- 5.5-A Equipe de Enfermagem prepara o medicamento e administra na Cliente, após realizam o preenchimento da ficha para prova cruzada 1^a via fica no prontuário e a 2^a é entregue para a Cliente

06-Itens de controle:

6.1-A Cliente do Convênio SUS (Sistema Único de Saúde), não realiza o pagamento desta medicação; somente internações **PARTICULARES**;

6.2-Toda Imunoglobulina (matergam) deve estar devidamente prescrita em prontuário pelo Médico para que possa ser administrada.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 50 | PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022 | Nº. De Pág.: 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 0

Responsável pela elaboração: Edmari Franco de Souza Ferreira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

01-Processo:

- 1.1- É um teste rápido de triagem para detecção qualitativa de anticorpos para Sífilis.

02-Objetivo:

- 2.1- Detecção qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-Treponema pallidum em amostras de soro, plasma ou sangue total humanos. O teste se baseia na tecnologia Imunocromatográfico rápido é indicado para uso por profissionais de saúde, este teste se encontra armazenado na geladeira da Maternidade e do Pronto Atendimento.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1- Enfermagem (Supervisores de Enfermagem)
- 3.2- Médico.

04- Freqüência:

- 4.1- Gestantes sem o exame registrado em carteira, e sem a realização do pré-natal.

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Pedido médico para realizar o teste rápido para Sífilis;
- 5.2-Algodão;
- 5.3-Álcool a 70%;

- 5.4-Caneta;
- 5.5-Carimbo;
- 5.6-Declaração de teste rápido (duas vias);
- 5.7-Kit do Teste rápido (**Dispositivo de teste; Pipeta para coleta; Solução tampão; Lanceta**)
- 5.8-Planinha de anotações dos dados;
- 5.9-Cronômetro;
- 5.10-Luvas de procedimento;
- 5.11-Bandeja.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1-O Supervisor de Enfermagem irá receber o paciente fonte, e solicitar o pedido médico;
- 6.2-Separar os componentes, verificar a integridade de todos os componentes e a inexistência de linhas na janela do suporte de teste. Caso contrário, descartar o teste;
- 6.3-Calçar luvas de procedimento;
- 6.4-Utilizar a lanceta para a obtenção da amostra de sangue;
- 6.5-Coletar a amostra utilizando a pipeta capilar específica para esse teste e finalidade;
- 6.6-APLICAR a amostra no suporte do teste;
- 6.7-APLICAR 02 gotas do tampão no dispositivo do teste, (manter o frasco na posição vertical para garantir que o volume adequado de tampão seja aplicado no suporte);
- 6.8-Aguardar de 15 á 30 minutos para a migração dos componentes pela fita de teste e realize a leitura do resultado para interpretação no tempo específico. Leituras após 30 minutos não dever ser consideradas. Descartar o teste.
- 6.9-**Resultado Reagente:** A detecção de duas linhas rosa/roxa uma na área de **CONTROLE (C)** e outra na área de **TESTE (T)**, indica um resultado **REAGENTE**. A intensidade da linha na área do **TESTE (T)** varia de claro a muito escura conforme a concentração do anticorpo específico. Assim, a linha na área de **TESTE (T)** pode ter aparecido diferente da linha na área de **CONTROLE (C)**, isto não invalida o teste. Mesmo uma linha muito clara na área de **TESTE (T)**, deve ser considerado um resultado **REAGENTE**. Um resultado reagente deve ser confirmado conforme recomendação do M.S. (Ministério da Saúde); Comunicar o médico do paciente e realizar contra prova.
- 6.10-**Resultados Inconclusivos ou inválidos:** Uma linha rosa/roxa deve sempre aparecer na área de **CONTROLE (C)**, não importando se a linha **TESTE (T)** aparecer ou não na área devida. Caso uma linha roxa/rosa não seja visível na área de **CONTROLE (C)**, o teste deve ser considerado inconclusivo ou inválido. Um resultado inválido ou inconclusivo de teste não pode ser interpretado. Descartar o material e repetir o procedimento com novo suporte de teste e nova amostra. Caso o problema persista, entrar em contato com o SAE/IST e comunicar CCIH imediatamente.
- 6.11-**Resultado Não Reagente:** Um resultado não reagente é indicado por uma linha roxa/rosa na área de **CONTROLE (C)**, e nenhuma linha na área **TESTE (T)**. Um resultado não-reagente em 15 minutos indica a ausência de anticorpos para Sífilis na amostra;

- 6.12-Após leitura do resultado, anotar na planilha que fica armazenada junto aos testes, todos os dados solicitados, utilizar de impresso próprio (Declaração do Teste Rápido), existente na pasta junto à planilha, preencher em duas vias a Declaração de Teste Rápido onde a 1^a via é entregue ao paciente ao qual foi submetido ao teste, e a segunda fica arquivada na pasta junto ao teste. O Supervisor de Enfermagem que realizou o teste deverá assinar e carimbar a declaração;
- 6.13-Organizar o local armazenando os materiais em seus devidos lugares;
- 6.14-Realizar o registro da realização do teste na planilha anexa ao teste e não se esquecendo de preencher corretamente todos os itens desta planilha;
- 6.15-Lavar as mãos.

07- Conservação e Estocagem

- 7.1-O Kit do teste rápido para Sífilis Bioclin deve ser mantido armazenado entre 2 a 30°C;
- 7.2-Não congele o Kit ou seus componentes;
- 7.3-Os envelopes contendo os componentes devem manter lacrados até o momento de sua utilização;
- 7.4-O tampão de corrida também deve ser mantido entre 2 a 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

08-Itens de controle:

- 8.1-Este teste deverá ser utilizado apenas em gestantes como especificado acima, não devendo ser utilizado para outros fins diagnósticos dos quais não constam descritos neste protocolo;
- 8.2-Alguns resultados reagentes podem aparecer em menos de 15 minutos, mas são necessários para interpretação entre 15 á 30 minutos para detectar um resultado não-reagente. Ler os resultados em ambiente iluminado;
- 8.3-Sempre utilizar a pipeta capilar específica do teste para coletar a amostra e nunca pipetas de outros testes;
- 8.4-Nunca pingar diretamente no dedo;
- 8.5-Nunca aplicar o tampão com o frasco inclinado;
- 8.6-O Kit teste Rápido para Sífilis Bioclin deve ser utilizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostra de sangue coletados em tubos contendo anti-coagulantes podem gerar resultados inadequados;
- 8.7-A leitura deverá ser realizada entre 15 a 30 minutos;
- 8.8-Sempre verificar a data de validade, nunca utilizar Kit vencido;
- 8.9-Sempre que observar que os Kits estão em pouca quantidade informa a CCIH, a qual é responsável em solicitar os Kits;
- 8.10-Devemos atender todos os municípios dos quais somos referência (**Buritama, Bilac, Clementina, Coroados, Santópolis do Aguapei, Turiuba, Brejo Alegre, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu e Birigui**).
- 8.11-Este teste deve ser feito exclusivamente nesta Instituição;

8.12-Todo paciente fonte que será submetido ao teste deverá ser informado qual a finalidade da realização, assim como seu Médico responsável, constando esta anotação em prontuário.

09-Documentos e Referências:

9.1-Teste Rápido – Sífilis Bio – Ministério da Saúde(QUIBASA QUÍMICA BÁSICA).

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 51 PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022

Nº. De Pág.: 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 0

Responsável pela elaboração: Edmari Franco de Souza Ferreira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

01-Processo:

- 1.1- É um teste rápido de triagem para determinação qualitativa de抗ígenos de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg).

02-Objetivo:

- 2.1- Determinação qualitativa de抗ígenos de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg), que contém conjugado IgG (anti-HBs) – ouro coloidal que se liga ao HBsAg presente na amostra e forma um complexo抗ígeno/ anticorpo/ ouro coloidal. O teste se baseia na tecnologia Imunocromatográfico rápido é indicado para uso por profissionais de saúde, este teste se encontra armazenado na geladeira da Maternidade e do Pronto Atendimento.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1- Enfermagem (Supervisores de Enfermagem)
- 3.2- Médico.

04- Freqüência:

- 4.1- Gestantes sem o exame registrado em carteira, e sem a realização do pré-natal;
- 4.2- Sempre que estivermos casos de profissionais da saúde envolvidos em acidentes com exposição biológica e com a presença do paciente fonte.

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Pedido médico para realizar o teste rápido para Hepatite B;
- 5.2-Algodão;
- 5.3-Álcool a 70%;
- 5.4-Caneta;
- 5.5-Carimbo;
- 5.6-Declaração de teste rápido (duas vias);
- 5.7-Kit do Teste rápido (**Dispositivo de teste; Pipeta para coleta; Solução tampão; Lanceta**)
- 5.8-Planinha de anotações dos dados;
- 5.9-Cronômetro;
- 5.10-Luvas de procedimento;
- 5.11-Bandeja.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1-O Supervisor de Enfermagem irá receber o paciente fonte, e solicitar o pedido médico;
- 6.2-Separar os componentes, verificar a integridade de todos os componentes e a inexistência de linhas na janela do suporte de teste. Caso contrário, descartar o teste;
- 6.3-Calçar luvas de procedimento;
- 6.4-Utilizar a lanceta para a obtenção da amostra de sangue;
- 6.5-Coletar a amostra utilizando a pipeta capilar específica para esse teste e finalidade;
- 6.6-Aplicar a amostra no suporte do teste;
- 6.7-Aplicar 02 gotas do tampão no dispositivo do teste, (manter o frasco na posição vertical para garantir que o volume adequado de tampão seja aplicado no suporte);
- 6.8-Aguardar de 15 á 30 minutos para a migração dos componentes pela fita de teste e realize a leitura do resultado para interpretação no tempo específico. Leituras após 30 minutos não dever ser consideradas. Descartar o teste.
- 6.9-**Resultado Reagente:** A detecção de duas linhas rosa/roxa uma na área de **CONTROLE (C)** e outra na área de **TESTE (T)**, indica um resultado **REAGENTE**. A intensidade da linha na área do **TESTE (T)** varia de claro a muito escura conforme a concentração do anticorpo específico. Assim, a linha na área de **TESTE (T)** pode ter aparecido diferente da linha na área de **CONTROLE (C)**, isto não invalida o teste. Mesmo uma linha muito clara na área de **TESTE (T)**, deve ser considerado um resultado **REAGENTE**. Um resultado reagente deve ser confirmado conforme recomendação do M.S. (Ministério da Saúde); Comunicar o médico do paciente e realizar contra prova.
- 6.10-**Resultados Inconclusivos ou inválidos:** Uma linha rosa/roxa deve sempre aparecer na área de **CONTROLE (C)**, não importando se a linha **TESTE (T)** aparecer ou não na área devida. Caso uma linha roxa/rosa não seja visível na área de **CONTROLE (C)**, o teste deve ser considerado inconclusivo ou inválido. Um resultado inválido ou inconclusivo de teste não pode ser interpretado. Descartar o material e repetir o procedimento com novo suporte de teste e nova amostra. Caso o problema persista, entrar em contato com o SAE/IST e comunicar CCIH imediatamente.

6.11-Resultado Não Reagente: Um resultado não reagente é indicado por uma linha roxa/rosa na área de **CONTROLE (C)**, e nenhuma linha na área **TESTE (T)**. Um resultado não-reagente em 15 minutos indica a ausência de antígenos para Hepatite B na amostra;

6.12-Após leitura do resultado, anotar na planilha que fica armazenada junto aos testes, todos os dados solicitados, utilizar de impresso próprio (Declaração do Teste Rápido), existente na pasta junto à planilha, preencher em duas vias a Declaração de Teste Rápido onde a 1^a via é entregue ao paciente ao qual foi submetido ao teste, e a segunda fica arquivada na pasta junto ao teste. O Supervisor de Enfermagem que realizou o teste deverá assinar e carimbar a declaração;

6.13-Organizar o local armazenando os materiais em seus devidos lugares;

6.14-Realizar o registro da realização do teste na planilha anexa ao teste e não se esquecendo de preencher corretamente todos os itens desta planilha;

6.15-Lavar as mãos.

07- Conservação e Estocagem

7.1-O Kit do teste rápido para Hepatite B Bioclin deve ser mantido armazenado entre 2 a 30°C;

7.2-Não congele o Kit ou seus componentes;

7.3-Os envelopes contendo os componentes devem manter lacrados até o momento de sua utilização;

7.4-O tampão de corrida também deve ser mantido entre 2 a 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

08-Itens de controle:

8.1- Este teste deverá ser utilizado apenas em situações de acidente com risco biológico e em gestantes como especificado acima, não devendo ser utilizado para outros fins diagnósticos dos quais não constam descritos neste protocolo;

8.2-Alguns resultados reagentes podem aparecer em menos de 15 minutos, mas são necessários para interpretação entre 15 á 30 minutos para detectar um resultado não-reagente. Ler os resultados em ambiente iluminado;

8.3-Sempre utilizar a pipeta capilar específica do teste para coletar a amostra e nunca pipetas de outros testes;

8.4-Nunca pingar diretamente no dedo;

8.5-Nunca aplicar o tampão com o frasco inclinado;

8.6-O Kit teste Rápido para Hepatite B da Bioclin deve ser utilizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostra de sangue coletados em tubos contendo anti-coagulantes podem gerar resultados inadequados;

8.7-A leitura deverá ser realizada entre 15 a 30 minutos;

8.8-Sempre verificar a data de validade, nunca utilizar Kit vencido;

8.9-Sempre que observar que os Kits estão em pouca quantidade informa a CCIH, a qual é responsável em solicitar os Kits;

8.10-Devemos atender todos os municípios dos quais somos referência (**Buritama, Bilac, Clementina, Coroados, Santópolis do Aguapei, Turiuba, Brejo Alegre, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu e Birigui**).

8.11-Este teste deve ser feito exclusivamente nesta Instituição;

8.12-Todo paciente fonte que será submetido ao teste deverá ser informado qual a finalidade da realização, assim como seu Médico responsável, constando esta anotação em prontuário.

09-Dокументos e Referências:

9.1-Teste Rápido – HBsAg – Bioclin – Ministério da Saúde (QUIBASA QUÍMICA BÁSICA) .

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF N° 52

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

Nº. De Pág.: 1/4

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 0

Responsável pela elaboração: Edmari Franco de Souza Ferreira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Enfermarias/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

01-Processo:

- 1.1- É um teste rápido de detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus da hepatite C.

02-Objetivo:

- 2.1- Detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus da Hepatite C (HCV) em amostras de soro, plasma ou sangue total humanos. O teste se baseia na tecnologia cromatográfico rápido para detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus da hepatite C, é indicado para uso por profissionais de saúde, este teste se encontra armazenado na geladeira da Maternidade e do Pronto Atendimento.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1- Enfermagem (Supervisores de Enfermagem)
3.2- Médico.

04- Freqüência:

- 4.1- Gestantes sem o exame registrado em carteira, e sem a realização do pré-natal;
4.2- Sempre que estivermos casos de profissionais da saúde envolvidos em acidentes com exposição biológica e com a presença do paciente fonte.

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Pedido médico para realizar o teste rápido para Hepatite C;

- 5.2-Algodão;
- 5.3-Álcool a 70%;
- 5.4-Caneta;
- 5.5-Carimbo;
- 5.6-Declaração de teste rápido (duas vias);
- 5.7-Kit do Teste rápido (**Dispositivo de teste; Pipeta para coleta; Solução tampão; Lanceta**)
- 5.8-Planinha de anotações dos dados;
- 5.9-Cronômetro;
- 5.10-Luvas de procedimento;
- 5.11-Bandeja.

06-Passos do Procedimento:

- 6.1-O Supervisor de Enfermagem irá receber o paciente fonte, e solicitar o pedido médico;
- 6.2-Separar os componentes, verificar a integridade de todos os componentes e a inexistência de linhas na janela do suporte de teste. Caso contrário, descartar o teste;
- 6.3-Calçar luvas de procedimento;
- 6.4-Utilizar a lanceta para a obtenção da amostra de sangue;
- 6.5-Coletar a amostra utilizando a pipeta capilar específica para esse teste e finalidade;
- 6.6-Aplicar a amostra no suporte do teste;
- 6.7-APLICAR 01 gota do tampão no dispositivo do teste, (manter o frasco na posição vertical para garantir que o volume adequado de tampão seja aplicado no suporte);
- 6.8-Aguardar de 10 minutos para a migração dos componentes pela fita de teste e realize a leitura do resultado para interpretação no tempo específico. Leituras após 20 minutos não dever ser consideradas. Descartar o teste.
- 6.9-**Resultado Reagente:** A detecção de duas linhas rosa/roxa uma na área de **CONTROLE (C)** e outra na área de **TESTE (T)**, indica um resultado **REAGENTE**. A intensidade da linha na área do **TESTE (T)** varia de claro a muito escura conforme a concentração do anticorpo específico. Assim, a linha na área de **TESTE (T)** pode ter aparecido diferente da linha na área de **CONTROLE (C)**, isto não invalida o teste. Mesmo uma linha muito clara na área de **TESTE (T)**, deve ser considerado um resultado **REAGENTE**. Um resultado reagente deve ser confirmado conforme recomendação do M.S. (Ministério da Saúde); Comunicar o médico do paciente e realizar contra prova.
- 6.10-**Resultados Inconclusivos ou inválidos:** Uma linha rosa/roxa deve sempre aparecer na área de **CONTROLE (C)**, não importando se a linha **TESTE (T)** aparecer ou não na área devida. Caso uma linha roxa/rosa não seja visível na área de **CONTROLE (C)**, o teste deve ser considerado inconclusivo ou inválido. Um resultado inválido ou inconclusivo de teste não pode ser interpretado. Descartar o material e repetir o procedimento com novo suporte de teste e nova amostra. Caso o problema persista, entrar em contato com o SAE/IST e comunicar CCIH imediatamente.
- 6.11-**Resultado Não Reagente:** Um resultado não reagente é indicado por uma linha roxa/rosa na área de **CONTROLE (C)**, e nenhuma linha na área

TESTE (T). Um resultado não-reagente em 10 minutos indica a ausência de antígenos para Hepatite B na amostra;

6.12-Após leitura do resultado, anotar na planilha que fica armazenada junto aos testes, todos os dados solicitados, utilizar de impresso próprio (Declaração do Teste Rápido), existente na pasta junto à planilha, preencher em duas vias a Declaração de Teste Rápido onde a 1^a via é entregue ao paciente ao qual foi submetido ao teste, e a segunda fica arquivada na pasta junto ao teste. O Supervisor de Enfermagem que realizou o teste deverá assinar e carimbar a declaração;

6.13-Organizar o local armazenando os materiais em seus devidos lugares;

6.14-Realizar o registro da realização do teste na planilha anexa ao teste e não se esquecendo de preencher corretamente todos os itens desta planilha;

6.15-Lavar as mãos.

07- Conservação e Estocagem

7.1-O Kit do teste rápido para Hepatite C ABON deve ser mantido armazenado entre 2 a 30°C;

7.2-Não congele o Kit ou seus componentes;

7.3-Os envelopes contendo os componentes devem manter lacrados até o momento de sua utilização;

7.4-O tampão de corrida também deve ser mantido entre 2 a 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

08-Itens de controle:

8.1- Este teste deverá ser utilizado apenas em situações de acidente com risco biológico e em gestantes como especificado acima, não devendo ser utilizado para outros fins diagnósticos dos quais não constam descritos neste protocolo;

8.2-Alguns resultados reagentes podem aparecer em menos de 10 minutos, mas são necessários para interpretação entre 10 minutos para detectar um resultado não-reagente. Ler os resultados em ambiente iluminado;

8.3-Sempre utilizar a pipeta capilar específica do teste para coletar a amostra e nunca pipetas de outros testes;

8.4-Nunca pingar diretamente no dedo;

8.5-Nunca aplicar o tampão com o frasco inclinado;

8.6-O Kit teste Rápido para Hepatite C da ABON deve ser utilizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostra de sangue coletados em tubos contendo anti-coagulantes podem gerar resultados inadequados;

8.7-A leitura deverá ser realizada entre 10 minutos;

8.8-Sempre verificar a data de validade, nunca utilizar Kit vencido;

8.9-Sempre que observar que os Kits estão em pouca quantidade informa a CCIH, a qual é responsável em solicitar os Kits;

8.10-Devemos atender todos os municípios dos quais somos referência (**Buritama, Bilac, Clementina, Coroados, Santópolis do Aguapei, Turiuba, Brejo Alegre, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu e Birigui**).

8.11-Este teste deve ser feito exclusivamente nesta Instituição;

8.12-Todo paciente fonte que será submetido ao teste deverá ser informado qual a finalidade da realização, assim como seu Médico responsável, constando esta anotação em prontuário.

09-Documentos e Referências:

9.1-Teste Rápido – HCV – Ministério da Saúde (Abon Biopharm – Hangzhou).

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 63 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

Data de Elaboração: 11 de Dezembro de 2012

Nº. De Pág.: 1/2

Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº. 09

Responsável Pela Elaboração: Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermarias

PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

01- Processo:

1.1- Introdução de medicamentos na forma de pomada, creme ou óvulo diretamente na vagina.

02 - Objetivo:

2.1- tratar de patologias ginecológicas.

03-Departamento envolvido:

3.1-Enfermagem;
3.2-Médico.

04-Recursos:

Bandeja contendo:

- 4.1-Luvas de procedimento;
- 4.2-01 pacote de gazes;
- 4.3-Pomada, creme vagina ou óvulo;
- 4.4-Aplicador vaginal individual;
- 4.5-Biombo se necessário;
- 4.6-Etiqueta para identificação;
- 4.7-Recipiente para despejar o lixo.

05-Passos do Procedimento:

- 5.1-Higienizar as mãos;
- 5.2-Ler a prescrição médica;
- 5.3-Fazer rótulo;
- 5.4-Reunir material;
- 5.5-Transportar o material até a cliente, utilizando a bandeja;
- 5.6-Higienizar as mãos;

- 5.7-Orientar a cliente sobre o procedimento;
 5.8-Colocar biombo, mantendo a privacidade da cliente,
 5.9-Colocar luvas de procedimento;
 5.10-Preparar medicamento em caso de pomada e/ou creme, colocando-o no aplicador;
 5.11-Orientar e auxiliar a cliente para ficar em posição ginecológica;
 5.12-abrir grandes lábios com a mão não dominante, utilizando dedo indicador e polegar para visualizar orifício vaginal;
 5.13-Introduzir com movimentos delicados o medicamento na vagina, utilizando o aplicador;
 5.14-Retirar o aplicador com movimentos delicados;
 5.15-Retirar luvas de procedimentos;
 5.16-Colocar o cliente em posição confortável;
 5.17-Reunir o material e desprezá-lo no expurgo;
 5.18-Higienizar as mãos;
 5.19-Realizar anotações em prescrição e/ou impresso da instituição e relatar observações importantes, carimbar e assinar.

06-Itens de Controle:

- 6.1-Em caso de medicamento em forma de óvulo deve-se colocá-lo em gaze e introduzi-lo, utilizando a ponta dos dedos;
 6.2-Colocar absorvente higiênico, cão o medicamento escorra;
 6.3-Orientar clientes independentes para realizar administração dos medicamentos;
 6.4-Em clientes com hímen íntegro, utilizar apropriado.

07-Documentos de Referencias:

- 7.1- Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed._São Paulo: Martinari, 2009.
 7.2- Ministério da Saúde :www.saude.gov.br/bvs

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Ger. Enfermagem	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	
Simone Garcia vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF. Nº 71 PROTOCOLO DE PROFILAXIA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Data de elaboração: 19 de Junho de 2013

Nº. De Pág.: 1/4

Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 09

Responsável pela elaboração: Clenir Salete dos S. Soares e Rita de Cássia M. S. Pitarelo

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Médico/ Enfermagem

PROTOCOLO DE PROFILAXIA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

01-Processo:

1.1- Administrar AZT injetável na gestante portadora do HIV.

02-Objetivo:

2.1-Reduzir a transmissão vertical do HIV.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1-Médico;
- 3.2-Enfermagem;
- 3.3-Farmácia.

05-Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 5.1-Soro glicosado a 5% 100ml;
- 5.2-Equipo;
- 5.3-Polifix;
- 5.4-Dispositivo Intravenoso;
- 5.5-IV-FIX;
- 5.6-Algodão embebido em álcool a 70%;
- 5.7-Garrote;
- 5.8-Luvas de procedimentos;
- 5.9-Solução de AZT injetável;
- 5.10-Atadura;

5.11- Carbegolina (dostinex – 02 comprimidos V.O. dose única);

5.12-Impresso de notificação de HIV;

5.13-Formulário de solicitação de medicamentos

Passos do Procedimento:

6.1-Após a prescrição médica do AZT injetável, realizar o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos;

6.2-Retirar a medicação e demais materiais na Farmácia com a entrega do Formulário devidamente preenchido e assinado pelo Médico;

6.3-Esquema posológico da Zidovudina na parturiente (AZT injetável – frasco ampola de 200mg com 20ml – 10mg/ml):

- Dose de ataque de 2 mg/kg na 1^a hora, diluído em soro glicosado a 5%, gotejado conforme o **Quadro 1**, infundido em acesso venoso exclusivo;
- Dose de manutenção de 1 mg/kg/hora, em infusão contínua até o clampeamento do cordão umbilical. (**Quadro 1**).

6.4-Puncionar um acesso venoso calibroso;

6.5-Preparar a solução de AZT e em seguida instalar na paciente, iniciando com a dose de ataque, que deve ser administrada de acordo com quadro abaixo

Quadro 01: Preparo da solução de zidovudina (AZT) para infusão intravenosa em 100 ml de soro glicosado 5%, de acordo com o peso da parturiente

Quantidade de AZT*	Peso da Parturiente (KG)**					
	40	50	60	70	80	90
Dose de ataque (2mg/kg), correr na primeira hora	8ml (36gts)	10ml (37gts)	12ml (37gts)	14ml (38gts)	16ml (39gts)	18ml (39gts)
Dose de manutenção (1mg/kg/hora) infusão contínua (gotejamento/minuto)	4ml (35gts)	5ml (35gts)	6ml (35gts)	7ml (36gts)	8ml (36gts)	9ml (36gts)

* Zidovudina, frasco-ampola com 20 ml, 10mg/ml, total de 200 mg.

**No caso de gestantes com peso maior que 100 kg, deverá ser calculado o volume e o gotejamento individualmente, de acordo com o peso.

6.6-Após o término da dose de ataque iniciar a dose de manutenção, conforme tabela acima

6.7-A dose de manutenção deverá ser contínua até o clampeamento do cordão umbilical;

Parto Vaginal – Cuidados aos Enfermeiros Obstétricos e Médicos:

6.8-Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos (usar o partograma);

6.9-Conduzir o parto com ocitócitos, respeitando-se, contudo, as contra-indicações para seu uso e o correto manuseio, evitando que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota ou em trabalho de parto prolongado;

- 6.10-Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto e parto como: amniotomia, uso de fórceps, vácuo-extrator e manobras desnecessárias na retirada do conceito;
- 6.11-Evitar a episiotomia sempre que possível;
- 6.12-Manter membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo, sempre que possível;
- 6.13-Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a expulsão do recém-nascido.

Parto Cesária – Cuidados Aos Médicos:

- 6.14-Realizar a cirurgia com o menor sangramento possível;
- 6.15-Sempre que possível, manter as membranas amnióticas íntegras até a retirada da criança (parto empelicado);
- 6.16-Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a retirada do recém-nascido;
- 6.17-Realizar a Notificação Compulsória do RN “Obrigatória”, e encaminhar para a Vigilância Epidemiológica.

Puerpério Imediato:

- 6.18-Inibir a lactação através do enfaixamento das mamas com ataduras ou comprimindo-as com um “top” e evitando, com isso, o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida por um período de dez dias, o enfaixamento deve ser realizado quando a paciente tiver indicação para levantar após o parto;
- 6.19-No 1º pós-operatório da puerpera, deverá ser prescrito pelo Médico a Carbegolina (dostinex – 02 comprimidos V.O. dose única). Esta medicação é dispensada na Farmácia desta Instituição através do anexo **Formulário de Solicitações de Medicamentos**, (este formulário se encontra anexo a pasta de impressos de Notificação na Sala Supervisão de Enfermagem). Esta medicação inibe a secreção da prolactina, pois a puerpera com o diagnóstico de HIV não pode amamentar.
- 6.20-Em casos de puerperas ter descoberto seu estatus sorológico (HIV+), no momento do parto ou que não tenha feito o acompanhamento do SAE/DST, solicitar a fórmula láctea nesse órgão;
- 6.21-Não há necessidade de isolar a paciente;
- 6.22- **A quimioprofilaxia anti-retroviral está indicada para todas as parturientes com diagnóstico anterior de HIV ou cujo teste rápido tenha sido reagente no momento do parto, com zidovudina (AZT) por via intravenosa (IV);**
- 6.23-Na situação em que a gestante não tenha sido notificada durante o pré-natal, é necessário notificar no pós-parto utilizando os formulários específicos (Ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+ e criança exposta). Na dúvida, notifique.
- 6.24-Pacientes em uso de TARV (Terapia Anti-retrovirais), combinada para tratamento devem, sempre que possível, manter o uso dos anti-retrovirais no pós-parto imediato. Para tanto, a ingestão dos medicamentos deve ser feita com pequena quantidade de água, respeitando ao máximo os horários regulares da tomada dos medicamentos. Mesmo as pacientes submetidas à cirurgia cesariana, desde que não estejam sedadas, poderão fazer uso dos medicamentos;

6.25-Paciente em uso de anti-retrovirais para **profilaxia** da transmissão vertical devem ter os medicamentos suspensos imediatamente após o parto;

6.26-Na alta hospitalar, a puerpera e o RN devem ter suas consultas agendadas nos serviços de referencia especializadas sendo: Consulta Puerperal – Ambulatório de Saúde da Mulher, Consulta no SAE/DST (Serviço de Assistência Especializada) e Consulta de Puericultura – Centro de Especialidades.

07-Itens de Controle:

7.1- É obrigatório a realização do teste rápido para HIV, caso a paciente não tenha realizado no pré-natal;

7.2- Quando a via de parto for à cesariana eletiva, o AZT intravenoso deve ser iniciado no mínimo três horas antes do procedimento e mantido até a ligadura do cordão umbilical.

7.3- No parto vaginal, a infusão deverá ser instituída desde o início do trabalho de parto e mantida até o clampeamento do cordão umbilical;

7.4-Em todos os partos de parturientes com sorologia positiva para HIV deve ser realizado a notificação (Ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+ e criança exposta) e encaminhar para Vigilância Epidemiológica;

7.5-A parturiente com sorologia positiva para HIV não poderá realizar a amamentação materna;

7.6-Ainda na Maternidade deve ser realizada a notificação de gestante HIV+ e criança exposta.

8.0-Dокументos de Apoio:

8.1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

8.2-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais(recurso eletrônico) / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2.ed.rev – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 224 p. : il.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstétrica	04/01/2023	
Lucas Rodrigo de Oliveira Viana	Diretor técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.

 <p>SANTA CASA BIRIGUI</p>	<p>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI FUNDADA EM 1935</p>
POP PRO ENF Nº 79	TRIAGEM NEONATAL DE CARDIOPATIA CONGÊNITA CRÍTICA
Data de Elaboração: 10 de Setembro de 2015	Nº. De Pág.:
Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023	Revisão Nº. 07
Responsável Pela Elaboração: Bruna Perassoli Teixeira	
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira Simone Garcia Vicente Igor Barcellos Precinoti	
Setor: Enfermagem	
PROTOCOLO DE TRIAGEM NEONATAL DE CARDIOPATIA CONGÊNITA CRÍTICA	

01- Processo:

1.1- Realizar triagem neonatal de cardiopatia congênita crítica.

02 - Objetivo:

2.1- Diagnosticar precocemente a cardiopatia congênita crítica.

03-Departamento envolvido:

3.1-Médico;
 3.3-Enfermagem.

04-Recursos:

4.1- Prontuário do recém-nascido;
 4.2- Oxímetro de pulso.

05-Passos do Procedimento:

5.1- Realizar a aferição da oximetria de pulso, em todo recém-nascido aparentemente saudável com idade gestacional maior 34 semanas, antes da alta da Unidade Neonatal. A aferição será realizada pela Equipe de

Enfermagem, caso apresente irregularidades será informado o Médico (a), para nova aferição;

5.2-Realizar o registro da aferição em impresso específico para este fim;

5.2- **Local de Aferição:** Membro superior direito e em um dos membros inferiores

5.3- Para adequada aferição, é necessário que o recém-nascido esteja com as extremidades aquecidas e o monitor evidencie uma onda de traçado homogêneo;

5.4- **Momento da Aferição:** Entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar;

5.5- **Resultado Normal:** Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior;

5.6- **Resultado Anormal:** Caso qualquer medida da SpO₂ seja menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro de 24horas seguintes.

06-Itens de Controle:

6.1-Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Sendo assim, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através dele, principalmente aquelas do tipo coartação de aorta. A realização deste teste não descarta a necessidade deste teste não descarta a necessidade de realização de exame físico minucioso e detalhado em todo recém-nascido, antes da alta hospitalar.

07- Material de Apoio:

Ministério da saúde : www.saude.gov.br/saude/pt

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfº Obstetra	04/01/2023	
Igor Barcelos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.

 <p>SANTA CASA BIRIGUI</p>	<p>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI FUNDADA EM 1935</p>
POP PRO ENF Nº 80	HIGIENIZAÇÃO CORPORAL PÓS PARTO
Data de Elaboração: 15 de Setembro de 2015	Nº. De Pág.: 1/2
Data de Revisão: 04 de Janeiro de 2023	Revisão Nº. 07
Responsável Pela Elaboração: Rita de Cássia Migliorino Stocco	
Responsável Pela Revisão: Bruna Perassoli Teixeira Edmari Franco de Souza Ferreira Igor Barcellos Precinoti	
Setor: Enfermagem	
PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO CORPORAL PÓS PARTO.	

01- Processo:

1.1- Realizar higienização corporal da paciente pós parto.

02 - Objetivo:

2.1- Proporcionar conforto pós parto e remover sujidade relacionada ao momento do parto (fezes, urina, sangue).

03-Departamento envolvido:

3.1-Enfermagem.

04-Recursos:

4.1- Cadeiras de roda, camisolas e toalhas de banho;

05-Passos do Procedimento Pós Parto Normal:

- Explicar a paciente o procedimento a ser realizado.
- Após a paciente ter se alimentado e hidratado senta-la na cama certificando-se o bom estado geral .
- Encaminha-la ao banheiro para ao banho de chuveiro sempre com a presença da enfermagem durante todo o período do banho, orientar a mesma

sobre a quantidade de lóquios que apresentará quando estiver em posição ortostática (em pé).

- Realizar a higiene corporal com sabonete neutro ou o de costume da paciente, permitindo que o sabão caia na região que foi suturada, no caso em que aconteceu a episiorrafia.
- Auxiliar a paciente para secar o corpo e colocar as vestimentas.
- Realizar a troca de roupa de cama com a higienização correta do leito.

05.1-Passos do procedimento Pós Parto Cesárea:

- Explicar o procedimento para a paciente.
- Após a recuperação anestésica (prescrito horário) oferecer dieta e água para paciente .
- Sentar a paciente na cama por pelo menos 15m, encaminha-la ao chuveiro em cadeira de banho, realizar a higiene corporal com sabonete neutro ou a de preferencia da paciente, permanecer durante todo o tempo do banho auxiliando no que for preciso, orienta-la sobre a quantidade de lóquios que apresentará quando estiver na posição ortostática(em pé).
- Auxilia-la para secar o corpo e colocar as vestimentas.
- Realizar a troca da roupa de cama com a higienização do leito.

06-Itens de Controle:

6.1- No caso da paciente ter apresentado alterações comprovadas no prontuário sangramento abundantes, não encaminhar ao banho (exceção) até que se sinta melhor.

6.2- Pacientes se sentem muito melhor após o banho com a capacidade de iniciar o quanto antes o aleitamento materno.

07- Material de Apoio: Guia para procedimento de enfermagem

Artmed: Porto Alegre ,2000

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Gerente Enfermagem	26/10/2022	04/01/2023
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor técnico	26/10/2022	04/01/2023
Simone Garcia Vicente	Enfº Obstetra	26/10/2022	04/01/2023

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 98 PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FLEBITE

Data de elaboração: 01 de Abril de 2019. | Nº. De Pág.: 1/11

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão N°:03

Responsável pela elaboração: Aline Marchesini Silva

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Catia Rios Martinez de Melo

Setor: Enfermarias / UTI / Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FLEBITE

01-Conceito:

1.1- A flebite é a inflamação da camada íntima da veia, permitindo aderência de plaquetas. O processo de formação da flebite envolve o aumento da permeabilidade capilar, onde proteínas e fluidos extravasam para o espaço intersticial, ocasionando: dor discreta no local do acesso venoso, eritema, edema, aumento do calor local, cordão fibroso palpável ao longo da veia, velocidade de infusão lenta, drenagem purulenta pelo local da inserção do cateter.

02-Objetivo:

2.1- Prevenir o desenvolvimento de flebites nos pacientes;
Identificar as causas;
Avaliar incidência e resultados;
Implementar cuidados.

03-Departamento Envolvido:

3.1- Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem ,SCIH e Médicos.

04-Classificação da Flebite:

Dividida em quatro tipos:

- **Mecânica:** Ocorre quando o movimento da cânula no interior da veia causa fricção e inflamação, podendo ser atribuída ao uso de um cateter grande em uma veia pequena, fixações inadequadas que possibilita mobilização do cateter dentro da veia, manipulação do cateter durante a infusão e acesso venoso em áreas de articulação como exemplo a região da fossa cubital.

- **Química:** Causada por medicações ou soluções irritantes, medicações diluídas inapropriadamente, infusão muito rápida, presença de pequenas partículas na solução. OBS: Quanto mais acida a solução IV, maior o risco de flebite química, fluidos hipertônicos também aumentam os riscos da flebite.
- **Bacteriana:** Ocorre pela entrada de bactéria no interior da veia, começando como uma resposta inflamatória pela inserção do cateter, com posterior colonização por bactérias no local, podendo ser prevenida com a lavagem das mãos, preparo cuidadoso da pele antes da punção, troca frequente dos dispositivos e anti-sepsia com álcool 70%.
- **Pós-infusão** manifesta em 48 a 96 horas após a retirada do cateter.
- E também a flebite é dividida em graus:

Grau 1 – Eritema no local do acesso com ou sem dor.

Grau 2 - Dor no local do acesso com eritema e /ou edema.

Grau 3 – Dor no local do acesso, eritema e /ou edema, endurecimento e cordão palpável.

Grau 4 – Dor no local do acesso, eritema e /ou edema, endurecimento, formação de cordão palpável > 2,5cm de comprimento, drenagem purulenta.

05- Descrição do procedimento:

Processo	Descrição do processo
HIGIENE DAS MÃOS	<ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos com água e sabonete líquido, conforme POP N°01; • O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higienização das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou

	<p>troca de curativo.</p>
SELEÇÃO DO CATETER E SÍTIO DE INSERÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso. • Devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula, causando menos irritação na parede a veia. • Em adultos, as veias de escolha para punção periférica são as da superfícies dorsal e ventral dos membros superiores. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas rotineiramente devido ao risco de embolias e tromboflebites. • Trocar o cateter inserido nos membros inferiores para um sítio nos membros superiores assim que possível.
PREPARO DA PELE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar antisepsia da pele com solução alcoólica 70%. • Utilizar luvas de procedimento para a inserção do cateter venoso periférico. • A remoção dos pêlos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o

ESTABILIZAÇÃO	<p>deslocamento do dispositivo e sua perda. A cânula do cateter deverá ser estabilizada antes de se realizar o curativo/cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A estabilização do cateter deverá ser realizada utilizando técnica asséptica. • Os produtos/materiais utilizados para a estabilização dos cateteres devem incluir dispositivos próprios para estabilização ou fita adesiva estéril, ou cobertura estéril na inserção do cateter.
COBERTURAS	<ul style="list-style-type: none"> • Fixar o dispositivo no local e prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso. • Identificar o curativo com data e calibre do cateter e nome do profissional. • A cobertura deve ser estéril . A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação, e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida • Proteger o sítio de inserção com plástico durante o banho quando utilizada cobertura não impermeável.
MANUTENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Acessos vasculares devem ter sua permeabilidade mantida com cloreto de sódio 0,9% antes e após o uso para promover e manter o fluxo, além de prevenir a mistura de medicamentos e soluções,

	<p>como as que seguem abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangue e seus componentes; Administração de medicamentos ou soluções incompatíveis, Terapia intermitente, Examinar o sítio de inserção do cateter no mínimo 1 vez em cada turno, palpar a inserção do cateter através da cobertura para avaliar a sensibilidade e por inspeção.
REMOÇÃO DO CATETER	<ul style="list-style-type: none"> • O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível. • O cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações, mau funcionamento ou descontinuidade da terapia deve ser retirado. • Recomenda-se a troca do cateter periférico em adultos em 96 horas quando confeccionado com poliuretano. • Em pacientes neonatais e pediátricos não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos que indicado clinicamente (flebite ou infiltração).
	<ul style="list-style-type: none"> • Infusão contínua – proceder a troca a cada 96h.

TROCA DE EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> • Infusões intermitentes – proceder a troca a cada 24h. • -Nutrição parenteral – proceder a troca a cada bolsa. • Emulsões lipídicas – proceder a troca a cada 12h. • Administração hemocomponente uso único
IDENTIFICAÇÃO DOS EQUIPOS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com data os equipos instalados no paciente.
CUIDADOS COM MANIPULAÇÃO E PREPARO DE MEDICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Não use nenhum frasco de fluido parenteral se a solução estiver visivelmente turva, apresentar precipitação ou corpo estranho • Não misture as sobras de frascos de uso individual para uso posterior. • Limpe o diafragma do frasco de multidose com álcool 70% antes de perfurá-lo • Use um dispositivo estéril para acessar o frasco multidose.
ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACO IRRITANTE	<ul style="list-style-type: none"> • É considerado um fármaco irritante aquele que possui pH extremo (9) e/ou extrema osmolaridade ($>600\text{mOsmol/litro}$) e aquele que causa necrose dos tecidos se houver extravasamento para fora do vaso.

06-RISCO DE FLEBITE:

- Idade < 5 e > 65 anos;
- Múltiplas punções periféricas;

- Infusão ev >90ml/h;
- Fragilidade capilar;
- Esclerose venosa grave;
- Drogas irritantes;
- Risco de infecção sistêmica;
- Dificuldade de imobilização;
- Inserção de acesso venoso periférico em situação de emergência;
- Infusão de solução hipertônica.

07- Prevenção de Flebite:

- 7.1- Manter vigilância do acesso e anotar o aspecto da punção;
- 7.2- Fixar o cateter adequadamente;
- 7.3- Imobilizar o membro em crianças e idosos;
- 7.4- Aplicar a regra do ver, sentir e ouvir o paciente;
- 7.5- Observar a presença de partículas na solução; tempo de administração da medicação;
- 7.6- Avaliar sinais flogísticos;
- 7.7- Proteger a punção venosa durante o banho;
- 7.8- Orientar o paciente a comunicar a enfermagem qualquer alteração próximo ao acesso venoso.

08-Tratamento de Flebite

- 8.1- Retirar o cateter;
- 8.2- Puncionar novo acesso em outro membro e local;
- 8.3- Realizar compressa fria no local de 4 a 6x/dia por 20 minutos (nas primeiras 48 horas);
- 8.4- Realizar compressa morna de 4 a 6x/dia por 20 minutos (após 48 horas do inicio dos sintomas);
- 8.5- Elevar membro (24 á 48 horas) com coxins;
- 8.6- Se necessário, administrar analgésico / antiinflamatório/ pomada tópica CPM;
- 8.7- Solicitar avaliação do SCIH.

09- Recursos (materiais e Equipamentos Utilizados):

Prevenção da Flebite	
9.1- Ive fix;	
9.2- Plástico para proteger a punção no banho ou trocar toda a fixação;	
9.3- Tala para imobilizar a região da punção (crianças e idosos S/N).	
Tratamento da Flebite	
9.4- Algodão;	
9.5- Álcool 70 %;	
9.6- Lucas de procedimento;	
9.7- Dispositivo intravenoso (abocath);	
9.8- Compressa fria (primeiras 48 horas);	
9.9- Compressa morna (após 48 horas);	

10- Passos do Procedimento:

Pré Execução:

- 10.1- Observar prescrição médica;
- 10.2- Preparar o material;
- 10.3- Higienizar as mãos conforme protocolo nº 01

Execução:

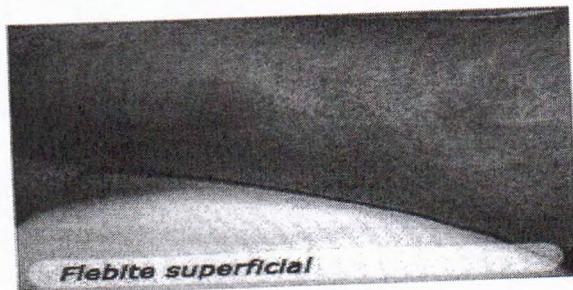
- 10.4- Identificar-se;
- 10.5- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- 10.6- Promover a privacidade do paciente;
- 10.7- Expor somente o local da realização do procedimento;
- 10.8- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- 10.9- Calçar as luvas de procedimento;
- 10.10- Colocar compressa fria nas primeiras 48 horas deixar por 20 minutos e repetir esse processo de 4 a 6 vezes ao dia;
- 10.11- Colocar compressa morna após as 48 horas deixar por 20 minutos e repetir esse processo de 4 a 6 vezes ao dia.
- 10.12- Elevar o membro afetado com coxins

Pós Execução:

- 10.13- Reunir o material, descartar nos locais recomendados e retirar as luvas
- 10.14- Higienizar novamente as mãos com álcool 70%;

Anexo 1

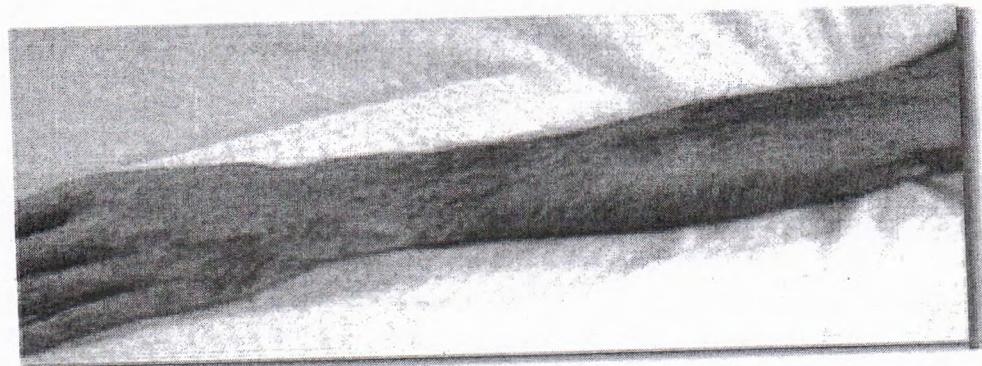
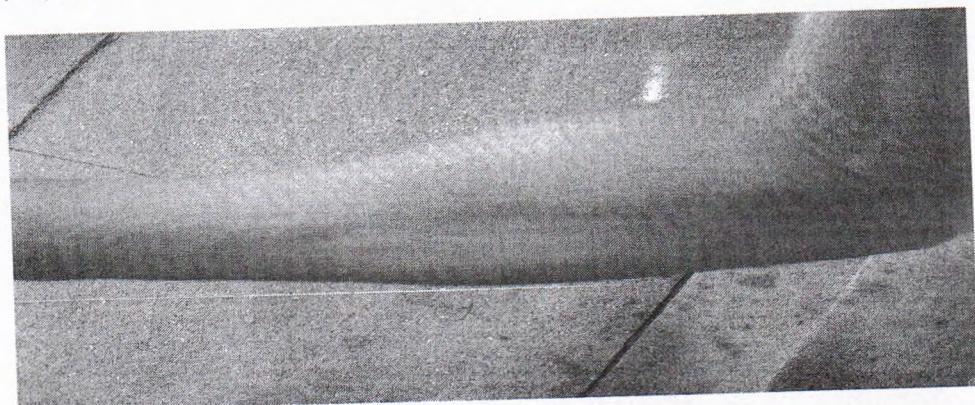
Grau 1 – Eritema no local do acesso com ou sem dor.



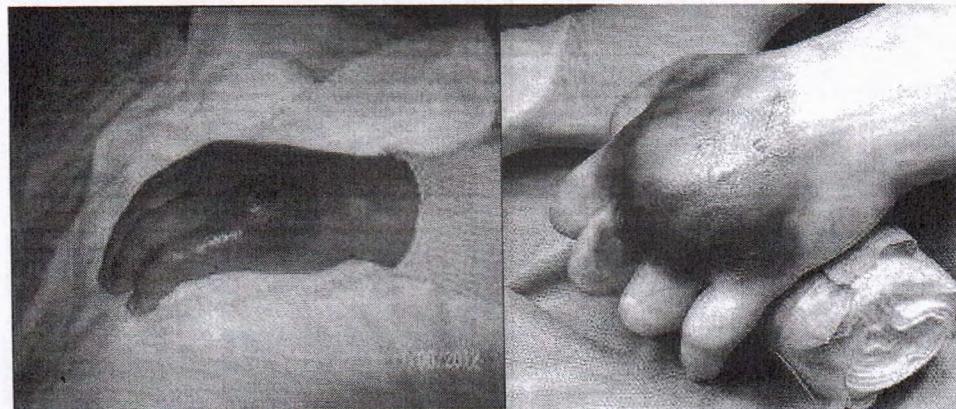
Grau 2- Dor no local do acesso com eritema e /ou edema.



Grau 3 – Dor no local do acesso, eritema e /ou edema, endurecimento e cordão palpável.



Grau 4 – Dor no local do acesso, eritema e /ou edema, endurecimento, formação de cordão palpável > 2,5cm de comprimento, drenagem purulenta.



12- Documentos de Referência:

12.1- Urbaneto; J. S.; Peixoto; C.G.; May; T. A.; Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. Ver. Latino Americana de Enfermagem 2016. Encontrado em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02746.pdf

12.2- Infecção de corrente sanguínea. ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA. ANVISA 2010

12.3- BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S.. Brunner - TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. 12^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

9.4- POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM. 8^a Ed. São Paulo: Elsevier, 2011.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Catia Rios Martinez de Melo	Coordenadora UTI	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF N° 99 | **PROTÓCOLO DE ALOJAMENTO CONJUNTO**

Data de elaboração: 07 de Setembro de 2019

Nº. De Pág.: 1/4

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE ALOJAMENTO CONJUNTO

01-Processo:

- 1.1- Segundo o Ministério da Saúde, Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar.
 - 1.2- Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio (mãe e filho).
 - 1.3- Desde a década de 1970, o alojamento conjunto tem sido valorizado e recomendado no mundo inteiro pelas inúmeras vantagens oferecidas tanto para a mãe, para a criança e para a família, entre as quais se destacam:

02-Objetivo:

- 2.1 - Estimular o Aleitamento Materno sob livre demanda, auxiliando na involução uterina, aumentando os índices de Aleitamento;
 - 2.2 – Estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho;
 - 2.3- Permitir o aprendizado materno sobre como cuidar do RN;
 - 2.4- Reduzir o índice de infecção hospitalar cruzada;
 - 2.5- Estimular a participação do pai ou familiar no cuidado com o filho;
 - 2.6- Garantir a continuidade da assistência ao binômio durante o primeiro mês de vida.

2.7- Oportunidade para as mães, em especial as primigestas, aprenderem noções básicas dos cuidados com os RN. Isso aumenta sua autoconfiança.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1 – Enfermeiro;
- 3.2 – Téc. Enfermagem.
- 3.3- Médicos pediatras e Obstetras

04-Recursos utilizados

- 4.1 - Leito para a mãe;
- 4.2 - Mesa de cabeceira;
- 4.3 - Cadeira;
- 4.4 - Berço de acrílico (banho);
- 4.5 - Material para curativo de coto umbilical- (gaze, álcool 70 %).
- 4.6- Médico pediatra e obstetras – 1 para 20 binomio;
- 4.7- Técnico e auxiliar de enfermagem – 1 para cada 8 binômios;
- 4.8 – Enfermeiro – 1 para cada 30 binômios
- 4.9- Equipe multiprofissional- Assistente social, psicólogo, nutricionista, fono entre outros .

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Os cuidados com o Recém Nascidos, devem ser realizados no próprios berço ou no leito da mãe. Ex: Troca de fraldas higienização do coto umbilical, banho, etc.
- 5.2 - O monitoramento e registro dos SSVV, das eliminações fisiológicas, presença de náuseas, devem ser realizadas diariamente com intervalo máximo de 6 horas.
- 5.3 - Pesagem deve ser realizadas diariamente.
- 5.4 - Cuidados mais complexos devem ser realizados fora do alojamento. Ex: Coleta de exame de sangue, aspiração, vacinas, lavagem gástricas, etc (REALIZADOS NO BERÇARIO)
- 5.5 - Encorajar, orientar e estimular o Aleitamento materno sobre livre demanda
- 5.6 - Não oferecer ao R.N, nenhum outro alimento ou líquido, além do leito materno a não ser que tenha indicação médica, (prescrição médica), e seguir protocolo do lactário.
- 5.7 - Nunca oferecer bicos, artificiais, chupetas ou similares ao R.N.
- 5.8 - Não permitir amamentação cruzada.
- 5.9- Realizar banho após 6 horas de nascimento, ou seguindo protocolo (período da manhã , orientando e incentivando a mãe a realizar);
- 5.11- O banho será realizado no quarto da mãe, com o berço do Rn, favorecendo para que a mãe ou familiar aprenda e tenha segurança no procedimento. (verificar protocolo de banho do RN).
- 5.12- Oferecer e orientar a mãe ou pai a realizar o curativo do coto umbilical.
- 5.13- Realizar teste do coraçãozinho 24 horas após o nascimento do RN, carimbando e anotando os dados na carteira do Rn e em prontuário .
- 5.14- Preenchimento das DNV será realizado no período noturno.

5.10 - Orientação que as mães devem receber durante o Alojamento Conjunto:

- 5.10.1 - Importância do aleitamento materno;
- 5.10.2 - Pega correta;
- 5.10.3 - Amamentação sob livre demanda;
- 5.10.4 - Posição para amamentar;
- 5.10.5 - Ordenha com manual, quando necessário;
- 5.10.6 - Prevenção a fissura mamárias;
- 5.10.7 - Não complementar com outros líquidos durante os primeiros seis meses;
- 5.10.8 - Sequência do banho;
- 5.10.9 - Esclarecer dúvidas em geral que a puérpera venha ter.

06-Orientações:

- 6.1 - Somente os líquidos prescritos pelo médico podem ser oferecidos ao R.N;
- 6.2 - R.N sem boas condições de vitalidade não devem ser incluídos no alojamento conjunto- Pediatra indicará as situações
- 6.3 - Se a puérpera não estiver em condições para cuidar do R.N, o mesmo não deve ser incluído no alojamento conjunto- avaliação conjunta com equipe multiprofissional para a decisão.
- 6.4- O RN deve ficar tempo integral com a mãe no quarto , e a enfermagem orientar e deixar os cuidados para que a mãe aprenda e tenha segurança em realizar;
- 6.5- Orientar na alta o retorno para acompanhamento de puericultura.

07-Dокументos e Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993.
Anexo I: Normas Básica de Alojamento Conjunto. Brasília 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.
Anexo I: Princípios Gerais e Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal.
Brasília, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para Profissionais de Saúde. Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções. 2^a Ed.
Brasília –DF: Ministério da Saúde, 2014. Cap. 11, p. 33- 45.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Gerente de Enfermagem	04/01/2023	
Dr Paula T. Bafi Crevelaro	Coordenadora da Pediatria	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor técnico	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfº Obstetra	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 100 PROTOCOLO DE CURATIVO CIRURGICO

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019 Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Catia Rios Martinez de Melo

Setor: Enfermaria/ UTI/ Pronto Atendimento

PROTOCOLO DE CURATIVO CIRURGICO

01-Processo:

1.1 - Limpar a ferida operatória com técnica asséptica.

02-Objetivo:

- 2.1 - Promover boa cicatrização;
- 2.2 - Prevenir infecções;
- 2.3 - Proporcionar conforto ao paciente;
- 2.4 - Proteger contra o meio externo.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

4.1 – Bandeja;

4.2 – Gaze estéril;

4.3 – Luva de procedimento;

4.4 – Tesoura;

4.5 – Pacote de curativo;

- | |
|---|
| 4.6 – Micropore; |
| 4.7 – Cuba rim; |
| 4.8 – Saco de lixo pequeno; |
| 4.9 – Soro fisiológico; |
| 4.10 – Biombo; |
| 4.11 – Produtos indicados na prescrição médica (se houver). |

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienizar as mãos;
- 5.2 - Explicar ao cliente o procedimento e sua finalidade;
- 5.3 - Manter a privacidade do cliente, se necessário com biombo.
- 5.4 - Colocar a bandeja em superfície firme e plana;
- 5.5 - Colocar o saco de lixo próximo ao leito.
- 5.6 - Calçar as luvas de procedimento.
- 5.7 - Retirar o curativo anterior e despreza-lo no saco de lixo.
- 5.8 - Retirar a luva.
- 5.9 - Abrir com técnica asséptica o pacote de curativo, dispor as pinças com os cabos voltados para as bordas do campo e as pontas para o centro do campo.
- 5.10 - Abrir a gaze com técnica asséptica e coloca-la no espaço livre do campo.
- 5.11 - Realizar a limpeza do curativo com gaze e soro fisiológico da área menos contaminada para a mais contaminada.
- 5.12 - Os movimentos devem ser semicirculares, de dentro para fora, de cima pra baixo, utilizando as duas faces da gaze, sem voltar ao início da incisão.
- 5.13 - Secar a ferida utilizando gaze; Se prescrito algum produto aplica-lo.
- 5.14 - Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- 5.15 - Fixar o curativo com micropore, evitando tracionar a pele;
- 5.16 - Cobrir a cliente e deixá-la confortável com a campainha ao seu alcance
- 5.17 - Recolher o material e desprezar o saco de lixo (lixo contaminada).
- 5.18 - Encaminhar pinças para o expurgo.
- 5.19 - Higienizar as mãos.
- 5.20 - Realizar anotação de enfermagem e checar o procedimento, se prescrito.

06-Orientações:

- 6.1 - Expor apenas a área a ser realizado o procedimento;
- 6.2 - Solicite a presença do enfermeiro para avaliar a ferida operatória;
- 6.3 - Não tocar no campo estéril do curativo;
- 6.4 - Utilizar quantas gazes forem necessárias;
- 6.5 - Nunca tocar diretamente na ferida aberta;
- 6.6 - Durante a realização do curativo sempre verifique sinais de infecção (dor, calor, hiperemia, edema, secreção, etc);

6.7 - Em nenhuma hipótese deverão ser reutilizadas as pinças de um paciente para o outro, mesmo que se trate de feridas limpas.

07-Dокументos e Referências:

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Medico Cirurgia. 9º edição Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

Mozachi. Nelson. O hospital do Manual do Ambiente Hospitalar. 2º edição. Curitiba: Editora Maxigráfica. 2005.

Kawamoto, Emilia Emi: Fortes, Julia Ikeda. Fundamentos de Enfermagem. 2ª edição. São Paulo: EPU, 1997.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Catia Rios Martinez de Melo	Coordenadora UTI	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 101

PROTOCOLO DE MENSURAÇÃO DAS MEDIDAS ANTOPOMÉTRICAS

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019

Nº. De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE MENSURAÇÃO DAS MEDIDAS ANTOPOMÉTRICAS

01-Processo:

1.1 - Procedimento que inclui a mensuração da circunferência do crânio, tórax, abdome e comprimento da cabeça ao calcanhar.

02-Objetivo:

2.1 - Estabelecer uma base para a monitoração do crescimento;
2.2 - Detectar transtornos, como retardo do desenvolvimento e hidrocefalia.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

- 4.1 – Bancada ou superfície plana e firme;
- 4.2 – Balança;
- 4.3 – Papel descartável;
- 4.4 – Fitá métrica;
- 4.5 - Régua antropométrica;
- 4.6 – Luvas de procedimento.

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienize as mãos;
- 5.2 - Explique o procedimento a familiares;
- 5.3 - Calce as luvas;
- 5.4 - Coloque-o em decúbito dorsal no loca do exame;
- 5.5 - Meça a circunferência da cabeça: Passe a fita métrica sob a cabeça do R.N, na altura do occipício e meça o diâmetro logo acima das sobrancelhas;
- 5.6 - Circunferência do Tórax: Passe uma fita métrica pelas costas e meça a circunferência torácica na altura do mamilo, mantendo o mesmo nível atrás e na frente do tórax. Meça após a inspiração, antes que o R.N comece a expiração;
- 5.7 - Comprimento da cabeça ao calcane;
- 5.8 - Estenda completamente a perna do R.N com os artelhos para cima. Meça a distância do calcane até o topo da cabeça com uma régua.
- 5.8 - Peso: tire a fralda e coloque o R.N no meio da bandeja da balança. Mantenha a mão sobre ele todo tempo;
- 5.9 - Meça a circunferência Abdominal: Coloque a fita métrica em torno do abdome na altura do umbigo, mantendo a fita no mesmo nível;
- 5.10 - Vista o R.N e retorne ao Alojamento Conjunto;
- 5.11 - Anote as medidas nos impressos específicos da unidade.

06-Orientações:

- 6.1 - Medidas normais: PC 33 a 35 cm, PT 30,5 a 33 cm, Comprimento 46 a 53 cm e Peso 2,5 a 4,0 gr;
- 6.2 - Pese o R.N antes da alimentação;
- 6.3 - Verifique se a balança esta tarada;
- 6.4 - Meça o peso na mesma hora todos os dias;
- 6.5 - Durante as medidas minimize a perda de calor.

07-Dокументos e Referências:

KIMBERLY. ATWOOD. Et. Al; Enfermagem materno-neonatal. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.
 WEBER, JANET. Et.al; Semiologia: Guia Prático para Enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 102

PROTOCOLO DE AUSCUTA CARDÍACA FETAL

Nº. De Pág.: 1/3

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE AUSCUTA CARDÍACA FETAL

01-Processo:

1.1 - Métodos não invasivo de medir a frequência cardíaca fetal (BCF).

02-Objetivo:

2.1 - Fonte importante de informação sobre o bem estar do feto;
2.2 - Constatar a presença de ritmo, frequência e normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

- | |
|---|
| 4.1 - Relógio com ponteiro de segundos; |
| 4.2 - Sonar ou Cardiotoco; |
| 4.3 - Lubrificante hidrossolúvel (Gel). |

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Conforme a idade gestacional, confirmando em sua carteirinha de pré- natal.
- 5.2 - Explique o procedimento para a cliente e familiares presentes.
- 5.3 - Higienize as mãos.
- 5.4 - Informe a mudança de posição do dispositivo diversas vezes para melhor percepção dos batimentos cardíacos fetais.
- 5.5 - Auxilie a gestante a manter a posição de decúbito lateral esquerdo, usando um lençol para minimizar a exposição da cliente.
- 5.6 - Aplique o gel no dispositivo ou na região abdominal.
- 5.7 - Localize os batimentos cardíacos.
- 5.8 - Avalie ao mesmo tempo a frequência cardíaca da mãe pelo menos 15 segundos.
- 5.9 - Se a frequência da mãe e da F.C.F são iguais, mude um pouco a posição do dispositivo e auscute novamente.
Auscute a frequência cardíaca fetal durante um minuto inteiro.

06-Orientações:

- 6.1 - A F.C.F é detectável com 12 semanas de gestação por aparelho de USG e sonar;
- 6.2 - Se tiver dificuldade, tente localizar o tórax do feto por meio das manobras de Leopold;
- 6.3 - Permita que a mãe e a família ouçam os batimentos cardíacos fetais e anote a participação deles;
- 6.4 - Durante o trabalho de parto de baixo risco, avalie a F.C.F e cada 60 minutos, durante a fase latente: a cada 30 minutos, durante a fase ativa a cada 15 minutos auscute a F.C.F durante uma contração e durante os 30 segundos seguintes, para verificar a resposta do feto a contração;
- 6.5 - Sempre auscute a F.C.F após a ruptura das membranas, administração de medicamentos e alteração de contrações;
- 6.6 - Avise sempre o médico ou enfermeira obstetriz se houver alterações na F.C.F especialmente durante as contrações e após as mesmas;
- 6.7 - Documente a F.C.F e o pulso da mãe em cada ausculta.

07-Dокументos e Referências:

KIMBERLY. ATWOOD. Et.al: Enfermagem materno-neonatal. Rio de Janeiro Editora Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dá Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré- Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília, Ministério da Saúde. 2005.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 103

PROTOCOLO DE MONITORAÇÃO FETAL ELETRÔNICA EXTERNA

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019

Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE MONITORAÇÃO FETAL ELETRÔNICA EXTERNA

01-Processo:

A monitorização da freqüência cardíaca fetal (FCF) pela cardiotocografia é método propedêutico que tem como objetivo principal a detecção precoce do sofrimento fetal. Níveis de contração e movimentação fetal.

02-Objetivo:

2.1 - Avaliar as contrações uterinas garantindo a segurança do acompanhamento dos batimentos fetais.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

4.1 - Monitor fetal (cardiotoco);
4.2 - Gel condutor;
4.3 – Faixas elásticas para fixar os transdutores ;
4.4 - Pano limpo;
4.5 - Papel gráfico para impressão.

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Após rever o manual de operação, prepare o aparelho para uso;
- 5.2 - Higienize as mãos;
- 5.3 - Digite no aparelho o sobrenome e nome da cliente;
- 5.4 - Explique o procedimento;
- 5.5 - Ajude a cliente a assumir a posição de semi-folew ou lateral esquerda, com o abdome exposto, o abdome para localizar o fundo uterino (a área do útero com maior densidade muscular);
- 5.6 - Usando faixas elásticas (Stockinette) ou ataduras, fixe o toco transdutor no fundo de útero;
- 5.7 - Aplique gel no transdutor ultrassônico, e realize a manobra de Leopold para palpar o dorso do feto, local onde os batimentos cardíacos do feto são mais altos;
- 5.8 - Ligue o monitor e aplique o transdutor ultrassônico, sobre o ponto onde os batimentos são mais altos;
- 5.9 - Ative o controle iniciar a impressão no monitor;
- 5.10 - Observe os traçados para identificar a frequência e duração das contrações uterinas, oriente a mãe para que sinalize apertando o dispositivo de movimentação fetal;
- 5.11 - Observe a FCF basal e avalie as acelerações e desaceleração periódicas;
- 5.12 - Compare os padrões da frequência cardíaca fetal com os das contrações uterina;
- 5.13 - Aguarde 20 minutos o procedimento ser registrado;
- 5.14 - Retire o impresso e desligue o equipamento;
- 5.15 - Retire o equipamento da gestante e limpe-o com pano úmido para remover o gel;
- 5.16 - Deixe a unidade em ordem e a cliente confortável;
- 5.17 Anexe o registro impresso no prontuário e realize sobre o procedimento.

06- Orientações:

- 6.1 - É considerado normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.
- 6.2 - Obesidade materna dificuldade de identificar o dorso fetal.
- 6.3 - Após uma contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade.
- 6.4 - Uma desaceleração ou não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta requerendo aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Referir a gestante para um nível de maior complexidade ou a maternidade.
- 6.5 - Os traçados resultantes da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas são registradas no mesmo papel.
- 6.6 - O transdutor ultrassônico visa o coração do feto e o toco transdutor. Visa o registro da duração e frequência das contrações uterinas.

07-Dокументos e Referências:

KIMBERLY. ATWOOD. Et.al: Enfermagem materno-neonatal. Rio de Janeiro Editora Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dá Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré- Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília, Ministério da Saúde. 2005.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 104 | PROTOCOLO DE FOTOTERAPIA

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019

Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE FOTOTERAPIA

01-Processo:

1.1 - Procedimento onde o recém nascido fica exposto a luz fluorescente de alta intensidade para degradar a bilirrubinemia por oxidação.

02-Objetivo:

2.1 - Tratamento preferido para hiperbilirrubinemia devido a doença hemolítica do recém nascido.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

- 4.1 – Radiômetro;
- 4.2 – Protetores oculares;
- 4.3 – Termômetro;
- 4.4 – Fralda;
- 4.5 – Bilirubinômetro.

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienize as mãos;
- 5.2 - Explique o procedimento a familiares;
- 5.3 - Coloque a unidade de fototerapia cerca de 30 cm acima do berço e verifique a coloração do protetor da lâmpada;
- 5.4 - Se o recém nascidos estiverem em incubadora coloque a unidade de fototerapia 8 cm acima da mesma;
- 5.5 - Confirme a identidade do recém nascido;
- 5.6 - Verifique a energia emitida pelas luzes, com o radiômetro. A faixa média é de 6 a 8 m W/cm²/nanômetro;
- 5.7 - Anote a temperatura inicial do recém nascido;
- 5.8 - Coloque os protetores oculares opacos sobre os olhos fechados de recém nascido e os prenda bem;
- 5.10 - Tire a roupa do recém nascido e coloque uma fralda descartável;
- 5.11 - Coloque o R.N em contato com a fonte de luz;
- 5.12 - Desligue as lâmpadas a cada 3 horas para R.N amamentado;
- 5.13 - Avalie a integridade dos olhos;
- 5.14 - Mude o R.N de decúbito a cada 2 horas.
- 5.15 - Não aplique nenhuma substância na pele do bebê ,ex. pomada de assadura ou óleo hidratante.

06-Orientações:

- 6.1 - Aferir a temperatura do R.N a cada duas horas;
- 6.2 - Monitore as fezes e diurese e pese o R.N duas vezes no dia;
- 6.3 - Observe sinais de desidratação (pele seca, perda de turgor, depressão de fonticulas);
- 6.4 - Desligue a luz antes da coleta de sangue venoso para teste, porque a luz degrada a bilirrubina no sangue;
- 6.5 - Limpe os olhos do R.N periodicamente;
- 6.6 - Informe a família que as fezes do R.N contêm bilirrubina e podem ter cor verde.

07-Dокументos e Referências:

KIMBERLY, ATWOOD. Et al; Enfermagem materno-neonatal. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

MOZASHI, Nelson. O hospital: Manual do ambiente hospitalar. 3^a edição. Curitiba. Os autores, 2009.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 105 PROTOCOLO DE VITAMINA K

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019 | Nº. De Pág.:

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 04

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE VITAMINA K

01-Processo:

1.1 - Administração da Vitamina K de 0,5 a 1mg, IM na sala de parto.

02-Objetivo:

2.1 - Administração profilática em todos os R.N para evitar deficiência transitória dos fatores de coagulação II, VII, IX e X.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

- | |
|---|
| 4.1 – Dose prescrita de vitamina K; |
| 4.2 – Seringa no tamanho adequado (1ml fracionada em UI); |
| 4.3 – Agulha; |
| 4.4 – Gaze seca; |
| 4.5 – Luva estéril. |

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienizar as mãos;
- 5.2 - Confirmar a identidade do R.N;
- 5.3 - Preparar o medicamento, conforme instituição (10 UI);
- 5.4 - Calçar as luvas;
- 5.5 - Localizar o músculo vasto lateral e escolha um local adequado para a administração;
- 5.6 - Utilizar a mão não dominante, estabilizar a perna e segurar a parte superior da coxa;
- 5.7 - Com a mão dominante, introduzir a agulha em um ângulo de 90 graus, com rapidez;
- 5.8 - Estabilizar a seringa com a mão não dominante e aspirar com a mão dominante;
- 5.9 - Se não observar sangue, injete o medicamento devagar;
- 5.10 - Retire a seringa e massageie o local com gaze seca, para aumentar a absorção.

06-Orientações:

- 6.1 - A vitamina K deve ser administrada sempre no vasto lateral da perna esquerda, e a hepatite B no vasto lateral da perna direita, para que não ocorra divergências em caso de reações adversas;
- 6.2 - Uma dose adicional pode ser administrada de 6 a 8 horas após o nascimento, se a mãe tiver recebido tratamento com anticoagulante;
- 6.3 - O tubo digestivo do R.N é estéril, não tendo a flora necessária para a síntese de vitamina K, que pode resultar em deficiência de vitamina K e risco de sangramento;
- 6.4 - Lembre-se de escolher um local na face lateral da coxa, e não na face medial, que pode causar mais dor.
- 6.5 - Se aparecer sangue na hora da administração, não injete o medicamento. Retire a agulha e descarte o medicamento, prepare uma nova seringa;
- 6.6 - Como rotina o Kanakion é administrado na sala de parto no CC ainda em berço aquecido ao lado da mãe.

07-Documentos e Referências:

- 7.1- KIMBERLY. ATWOOD. Et al; Enfermagem materno-neonatal. Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Gerente Enfermagem	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 106 PROTOCOLO DE BANHO DO RECÉM-NASCIDO

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019 Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE BANHO DO RECÉM NASCIDO

01-Processo:

1.1 - Proporcionar atendimento de enfermagem adequado ao R.N. no momento do banho.

02-Objetivo:

2.1 - Descrever a assistência de enfermagem ao recém-nascido, durante o banho, levando em consideração os aspectos relativos a termo regulação. Sendo que todos os cuidados assistenciais quando aplicados criteriosamente estabilizarão o recém-nascidos, reduzindo suas variações térmicas, potencial para infecção, e consequentemente tempo de internação.

03-Departamento Envolvido:

- 3.1 – Enfermagem;
- 3.2 – Médico pediatra.

04-Recursos (materiais necessários):

4.1 – Luva de procedimento;
4.2 – Banheira;
4.3 – Sabão neutro;
4.4 – Cotonetes;
4.5 – Água morna;
4.6 – Gazes;
4.7 – Álcool 70%;
4.8 – Toalha;
4.9 – Fralda;
4.10 – Pente;
4.11 – Balança;
4.12 – Mijão;
4.13 – Macacão manga longa;
4.14 – Meia;
4.15 – Sapatinho;
4.16 – Manta.

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Lavar as mãos;
- 5.2 - Separar todos os materiais necessários para o banho (sabonete, gaze, cotonete, álcool 70%, roupas, toalha e fralda) e deixe-os ao seu alcance;
- 5.3 - Deixar uma toalha fralda e/ou toalha estendida sobre a bancada;
- 5.4 - Encher a banheira até o nível que recubra $\frac{1}{4}$ do corpo do R.N.;
- 5.5 - Aquecer e testar a temperatura da agua com a parte anterior do antebraço (aproximadamente 36°);
- 5.5.1- certificar-se de que o ar condicionado está desligado.
- 5.6 - Tirar a roupa do R.N;
- 5.7 - Calçar luvas de procedimentos;
- 5.8 - Envolver o R.N em uma fralda ou toalha prendendo delicadamente seus braços;
- 5.9 - Apoiar o R.N em seu antebraço não dominante segurando seu corpo e apoiando a cabeça em suas mãos;
- 5.10 - Inclinar a cabeça do R.N sobre a banheira e lavar a face apenas com água
- 5.11 - Lavar e enxugar a cabeça com sabonete neutro;
- 5.12 - Retornar o R.N na bancada e seca-lo (face e cabeça) com toalha
- 5.13 - Retire a toalha do R.N;
- 5.14 - Limpe a região glútea e genitália com gaze úmida se houver eliminações fisiológicas;
- 5.15 - Emergir o R.N em decúbito dorsal na banheira;
- 5.16 - Lavar tórax, abdome, MMSS e MMII, com sabonete neutro;
- 5.17 - Enxague o R.N jogando pequenas porções de água;
- 5.18 - Vire o R.N em decúbito ventral e repita o processo lavando região dorsal, glútea períneo e por último genitais;
- 5.19 - Retorne o R.N a bancada para secá-lo;
- 5.20 - Realizar o curativo do coto umbilical com cotonete e/ ou gaze e álcool 70%;

- 5.21 - Limpar pavilhão auditivo e narinas com cotonetes seco;
- 5.22 - Pesar o R.N;
- 5.23 - Colocar fraldas e roupas;
- 5.24 - Pentear os cabelos se necessário;
- 5.25 - Enrolar o R.N em cueiros ou mantas;
- 5.26 - Encaminhar o R.N para o alojamento conjunto;
- 5.27 - Realizar anotações pertinentes ao procedimento no prontuário.

06-Orientações:

- 6.1 - Manter o local do banho em temperatura ambiente sem correntes de ar;
- 6.2 - Proteger a orelha do R.N com os dedos (polegar e anelar);
- 6.3 - Lavar os olhos sempre de dentro para fora apenas com água
- 6.4 - Observar o coto umbilical a presença de duas artérias e uma veia e processo de mumificação;
- 6.5 - A genitália feminina deve ser higienizada sempre da região clitoriana para a região anal. (de cima para baixo);
- 6.6 - No R.N do sexo masculino, observar se o prepúcio do pênis expõe a glande e realizar higienização com água e sabão, caso não ocorra sugere fimose;
- 6.7 - Pesar o R.N despido;
- 6.8 - Ao secar o R.N de atenção as pregas cutâneas (dobras) e entre os dedos.

07-Documentos e Referências:

RIBEIRO. MIRNA A. DA COSTA. Aspectos que Influenciam a Termo regulação: Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Pré-Termo. Monografia de Conclusão de Curso de Bacharel em Enfermagem, Faculdade JK, - Taguatinga DF, 2005.

NELSON. KATHRYN A. et al. Enfermagem materno-infantil: planos e cuidados, 3º edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

WEBER, JANET. Et al: Semiologia: Guia Prático para Enfermagem. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 107 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FLUXO (LÓQUIOS)

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019 Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE FLUXO (LÓQUIOS)

01-Processo:

1.1 - Avaliação dos fluxos vaginais após o parto.

02-Objetivo:

2.1 - Identificar com antecedência possíveis hemorragias.

03-Departamento Envolvido:

3.1 – Enfermagem.

04-Recursos (materiais necessários):

- | |
|------------------------------|
| 4.1 – Luvas de procedimento; |
| 4.2 – Absorvente higiênico; |
| 4.3 – Protetor de colchão; |
| 4.4 – Sabão; |
| 4.5 – Água; |
| 4.6 – Toalhas. |

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienize as mãos;
- 5.2 - Confirme a identidade da puérpera;
- 5.3 - Explique o procedimento a cliente;
- 5.4 - Providencie privacidade;
- 5.5 - Ajudar a paciente a ficar em posição de litotomia;
- 5.6 - Calce as luvas e inspecione o absorvente higiênico;
- 5.7 - Remova o absorvente higiênico e avalie as características, o volume, a coloração o odor e a consistência (presença de coágulos) do corrimento;
- 5.8 - Ajude a paciente a cuidar do períneo e a colocação de um novo absorvente
Reposicione a paciente com conforto;
- 5.9 - Descarte o absorvente em local adequado e retire as luvas;
- 5.10 - Avalie também a altura uterina a cada 15 minutos, durante a primeira hora após o parto: a cada 30 minutos nas 2 a 3 horas seguintes; a cada hora nas 4 horas seguintes; e cada 4 horas durante o resto do primeiro dia após o parto e a cada 8 horas até a alta hospitalar.

06-Orientações:

6.1 - Categoria dos lóquios:

6.1.1 - Lochia rubra (lóquios vermelhos ou rubros): corrimento vaginal vermelha, com odor de carne e pequenos coágulos que ocorre nos três primeiros dias após o parto;

6.1.2 - Lochia serosa (lóquios seroso): corrimento sanguinolento marrom-róseo, com odor de carne, que ocorre nos dias 4 a 9 após o parto;

6.1.3 - Lochia alba (lóquios branco):corrimento branco e amarelo que, em geral começa 10 dias após o parto e pode durar 2 a 6 semanas.

6.2 - Antes de retirar o absorvente verifique se o mesmo não está aderido aos pontos de sutura;

6.3 - Loquios que saturam um absorvente higiênico em 45 minutos, indicam em geral um fluxo normal.

6.4 - Espere um aumento do fluxo de loquios quando a cliente levantar-se pela primeira vez, ocorre um acumulo na vagina, considera-se normal.

6.5 - Lembre-se que o aleitamento materno e o esforço físico podem aumentar o fluxo.

6.6 - Lembre-se que o fluxo de loquios pode ser pequeno, mas nunca ausente,pois sua ausência pode indicar uma infecção pós parto.

6.7 - Avaliação em conjunto com a altura do fundo uterino

07-Dокументos e Referências:

7.1-KIMBERLY. ATWOOD. Et al; Enfermagem materno-neonatal. Rio de Janeiro:
Editora Guanabara Koogan, 2007.

7.2-BRASIL. Ministério da saúde. Portaria N° 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.
Anexo I: Princípios Gerais e Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal.
Brasília. 2005

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 108 | PROTOCOLO DE BANHO DE ASPERSÃO ASSISTIDO

Data de elaboração: 07 de Agosto de 2019 | Nº. De Pág.: 1/2

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 02

Responsável pela elaboração: Bruna Perassoli Teixeira

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Edmari Franco de Souza Ferreira

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO DE BANHO DE ASPERSÃO ASSISTIDO

01-Processo:

O banho de aspersão ou banho de chuveiro assistido, é a higiene corporal do paciente para a retirada de sujidades e odores, de modo a estimular a circulação, retirar micro-organismos, com a supervisão da enfermagem.

02-Objetivo:

2.1- O objetivo do banho tem como finalidade a remoção de sujidades e odores estimulação da circulação, remoção de células mortas e micro-organismos, proporcionando conforto e bem-estar.

03-Departamento Envolvido:

3.1 - Enfermagem

04-Recursos (materiais necessários):

4.1 – Toalha de rosto e banho;
4.2 – Roupa de cama;
4.3 – Roupa do cliente;
4.4 – 01 par de luvas de procedimento.

05-Passos do procedimento:

- 5.1 - Higienizar as mãos;
- 5.2 - Reunir o material;
- 5.3 – Verificar se o banheiro está limpo;
- 5.4 – Colocar um tapete de borracha embaixo do chuveiro;
- 5.5 – Colocar um tapete em frente ao chuveiro;
- 5.6 – Auxiliar o cliente até o banheiro se necessário;
- 5.7 – Demonstrar como utilizar a campainha do banheiro;
- 5.8 – Verificar se está tudo bem com o cliente, batendo na porta e chamando-o pelo nome;
- 5.9 – Auxiliar no banho apenas se necessário;
- 5.10 – Auxiliar para secar e trocar de roupa;
- 5.11 – Ofereça a toalha de rosto a escova de dente com creme dental;
- 5.12 – Auxilia-lo a ir ao leito ou acomoda-lo em cadeira de rodas;
- 5.13 – Calçar luva e recolha a roupa de cama;
- 5.14 - Coloque roupa limpa na cama.

06- Orientação:

- 6.1 - Enquanto auxiliar na secagem, verificar a integridade da pele se existe lesões, hiperemia, sujidade entre outros;
- 6.2 - Implantar banho com clorexidina no pré operatório.

07-Dокументos e Referências:

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Medico Cirúrgico**. 9º edição Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

MOZACHI, Nelson; SOUZA, Virginia helena soares de. **O HOSPITAL: Manual do Ambiente Hospitalar**. 2ª edição. Curitiba: Editora Manual Real, Ltda. 2005

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 108 | PROTOCOLO DE ALTA DO RN

Data de elaboração: 15 de Setembro 2019

Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023

Revisão Nº: 03

Responsável pela elaboração: Clenir S. Santos Soares, Juliana Reali

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Simone Garcia Vicente

Setor: Enfermagem

PROTOCOLO PEENCHIMENTO DA ALTA DO RN e PREENCHIMENTO DE DNV

01-Processo:

Realizar anotação em prontuário e em carteira de vacinação do RN no momento de alta.

02-Objetivo:

2.1- O objetivo do preenchimento correto das anotações do RN , em impressos próprios são fundamentais para a continuidade da assistência da criança.

03-Departamento Envolvido:

3.1 - Enfermagem

04-Recursos (materiais necessários):

4.1 – impressos próprios

4.2 – SAE

4.3 – Carteira de vacinação

4.4 – folder do RN

05-Passos do procedimento:

ALTA DO RN E MÃE

Verificar no SAE, na carteira do RN e no folder se estão anotados:

- TESTE DO OLHINHO ;
- TESTE DA ORELHINHA;
- TESTE DO CORAÇÃO (COLOCAR O CARIMBO QUE FICA NO BERÇÁRIO);
- TESTE DA LINGUINHA;
- PESO DA ALTA,
- TIPAGEM SANGUINEA DA MÃE E DO RN;
- REGISTRO OU AGENDAMENTO DA VACINA DE BCG
- REGISTRO DA VACINA HEPATITE B

ENTREGAR PARA A MÃE NA HORA DA ALTA

- CARTEIRINHA DA GESTANTE;
- CARTEIRINHA DO RN – **COM TODAS AS ANOTAÇÕES ACIMA;**
- RECEITA DO RN QUE É O FOLDER COM AGRAVURA DA MÃE AMAMENTANDO O RN;
- ENTREGAR SEGUNDA VIA DA ORIENTAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO;
- ENTREGAR DNV AMARELA PARA A MÃE, **A ROSA** NO PRONTUÁRIO E A BRANCA REGISTRADA EM CADERNO DE PROTOCOLO QUE SERÁ ENCAMINHADA PARA FATURAMENTO – APÓS PARA VIGILÂNCIA.
- **A COLABORADORA QUE PREENCHER A DNV COLOCAR SEU RG OU CPF NÃO COLOCAR NÚMERO DO COREN (PORQUE O SISTEMA NÃO ACEITA NO MOMENTO DIGITAR PARA LANÇAR NA REDE)
- PACIENTES SUS PERTENCENTES A BIRIGUI SAIR COM AGENDAMENTO PUERPÉRIO E PUERICULTURA.
- DNV LER JUNTO COM A MÃE NA HORA DA ALTA, NÃO PODERÁ DEIXAR CAMPO SEM PREENCHER (EXCETO : NOME DO PAI E NOME DA CRIANÇA)PARA EVITAR CORREÇÃO FUTURA)
- SE RASURAR, OU ERRAR, AVISAR SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM, QUE DEVERÁ SER REALIZADO BOLETIM DE OCORRÊNCIA , COMO PERDA, E ENCAMINHAR COMUNICANDO O OCORRIDO COM A CÓPIA DO B.O PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
*** A DNV pode ser preenchida por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa que tenha conhecimento para tal fim. Não é obrigatória a assinatura do médico responsável pelo recém-nascido. Manual de instruções – Vigilância epidemiológica – Brasil 2.*

06-Dокументos e Referências:

bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/declaracao_nasc_vivo.pdf
07. RESPONSÁVEIS

Nome	Área	Data	
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstetra	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 114 | PROTOCOLO CURATIVO LIMPO

Data de elaboração: 28 de Junho de 2017 | Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão: 04

Responsável pela elaboração: Elizabete Leivas Benitez Arimateia

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Catia Rios Martinez de Melo

Setor: Enfermarias / UTI / Pronto Atendimento

PROTOCOLO CURATIVO LIMPO

01-Processo:

1.1-Limpeza de incisões cirúrgicas limpas, sem incersão de drenos

02-Objetivo:

- 2.1-Proporcionar conforto ao paciente
- 2.2- Promover a cicatrização,
- 2.3- Proteger a ferida para prevenir infecção
- 2.4-Observar o aspecto da cicatriz cirúrgica

03-Departamento Envolvido:

3.1-Enfermagem

04-Recursos (materiais e Equipamentos Utilizados):

- 4.1-Bandeja de inox
- 4.2-Pacote de curativo(pinça anatômica, pinça kelly,tesoura)
- 4.3-Gaze Estéril
- 4.4-Soro Fisiológico 0,9%, ampolas de 10ml
- 4.5-Micropore
- 4.6-Biombos
- 4.7-Saco branco
- 4.8-Luvas de procedimento
- 4.9-Fita crepe

05-Pré Execução:

- 5.1-Observar prescrição médica e de enfermagem
- 5.2-Preparar o material
- 5.3-Lavar as mãos conforme protocolo

06-Execução:

- 6.1-Lavar as mãos
- 6.2-Reunir o material necessário e explicar o procedimento ao paciente
- 6.3-Colocar o carrinho de curativo próximo ao leito
- 6.4-Proteger o leito com biombo se necessário,
- 6.5-Fixe o saco de lixo no leito/carrinho com fita crepe
- 6.6-Coloque o paciente em posição e exponha somente a região onde será feito o curativo
- 6.7-Calce as luvas de procedimento, retire o curativo anterior e despreze no saco de lixo
- 6.8-Retire as luvas de procedimento e despreze no saco plástico branco, calce outro par de luvas
- 6.9-Abra o pacote de curativo com técnica asséptica e posicione as pinças no centro do campo com os cabos voltados para fora do campo
- 6.10-Abra as embalagens de gaze dentro do campo, não tocar no campo estéril
- 6.11-Com uma das pinças, pegue uma gaze e dobre com auxílio da outra pinça, umedeça com soro fisiológico 0,9%, proceda a limpeza com movimentos unidireccionais e suaves, troque as gazes quantas vezes forem necessárias
- 6.12-Caso haja indicação, proteja a incisão com gaze e fixe com micropore
- 6.13-Deixe o paciente em posição confortável
- 6.14-Recolha o material e leve ao expurgo
- 6.15-Despreze o lixo em saco branco e coloque as pinças na caixa própria sob a pia do expurgo para ser encaminhado a CME
- 6.16-Lave a bandeja com água corrente e sabão líquido, seque com papel toalha e em seguida faça a desinfecção com álcool 70% e devolva ao posto de enfermagem
- 6.17-Anote o horário da realização do procedimento, aspecto da ferida e/ou qualquer anormalidade

Considerações gerais:

Verifique através da prescrição médica ou evolução do enfermeiro a necessidade de realização de curativo simples

Inspecionar a ferida quanto a sinais de infecção

A troca de curativo deve ser realizada sempre que se apresentar umedecido /ou com exsudato, ou segundo prescrição médica ou de enfermagem

Curativo que necessitar tesoura a mesma deverá ser solicitada individualmente no c.c.

Utilizar sempre material esterilizado, manipulando com técnica asséptica e não tocar na ferida com as mãos ou luva de procedimento

Nunca falar próximo à ferida e ao material

Nunca utilizar o cesto de lixo do paciente

Lavar a bandeja na pia do expurgo com água e sabão e fazer desinfecção com

álcool a 70%

Em pacientes com mais de um curativo (limpo e contaminado) realizar primeiro o limpo depois o contaminado

A data da troca do curativo e o nome de quem realizaram devem ser anotados no curativo e prontuário

07-REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

7.1- Manual de procedimentos técnicos e administrativos de enfermagem / Marina Viana Fernandes...(ET Al.); apresentação Olga Chizue Takahashi, - Londrina : Eduel, 2002.

7.2- O Hospital – Manual do Ambiente Hospitalar – 1^a edição – Virginia Helena S. de Souza e Nelson Mozachi – Maxi Gráfica e editora Ltda – 2005.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Catia Rios Martinez de Melo	Coordenadora UTI	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	
Elizabete Leivas B. Arimateia	Enfermeira NEP	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 141

PROTOCOLO DE PROTEÇÃO OCULAR

Data de elaboração: 25 de outubro de 2022 | Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2023 | Revisão Nº: 01

Responsável pela elaboração: Catia Rios Martinez de Melo

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira

Setor: UTI

PROTOCOLO DE PROTEÇÃO OCULAR

01-Processo:

1.1-Pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, estão clinicamente doentes e geralmente dependentes de tecnologia e medicações, a prioridade é prove-lo de cuidados e prevenir complicações. O cuidado ocular é componente essencial em pacientes em situação de coma induzido. Uma complicação de pacientes em sedação e coma é a incapacidade de manter os olhos fechados efetivamente, colocando-os em alto risco de desenvolver complicações oculares com serias consequências para os mesmos, interferindo na qualidade de vida e participação ativa na sociedade.

02- Departamento envolvido:

2.1- Enfermagem e equipe médica.

03- Objetivo:

3.1-Os elementos de proteção, considerados anexos do olho, compreendem os supercílios, cílios, pálpebras e glândula lacrimal. As lágrimas umedecem constante a córnea impedindo seu ressecamento. Nesse processo de lubrificação, o piscar das pálpebras é indispensável para proteção fisiológica da córnea, o enfermeiro é o profissional que está a maior parte do tempo prestando cuidados diretos e continuo, permitindo que o mesmo elabore um plano de cuidado voltado

para a eliminação de riscos e planejar uma assistência preocupada com a mitigação de riscos e atos inseguros.

04- Recursos:

Bandeja contendo:

4.1-Medicamento prescrito (Colírio de Carmelose Sódica**):**

Carmelose Sódica é indicada para o tratamento da melhora da irritação, ardor e secura dos olhos, que podem ser causadas pela exposição ao vento, sol, calor, ar seco, e também como protetor contra irritações oculares.

É também indicada como lubrificante e reumidificante para aliviar o ressecamento, irritação em pacientes em coma com incapacidade de manter o fechamento correto das pálpebras;

4.2-Solução fisiológica;

4.3-Gaze;

4.4-Luva de procedimento;

05-Passos do Procedimento:

5.1-Higienizar as mãos;

5.2-Preparar o material, conferindo a prescrição médica;

5.3-Levar o material até a beira do leito;

5.4-Orientar o cliente;

5.5-Elevar a cabeceira da cama;

5.6-Afastar a pálpebra inferior com o dedo polegar, com o auxílio da gaze;

5.6.1-Soltar a pálpebra inferior e tentar manter o olho aberto, sem piscar, por alguns segundos.

5.7-Para a aplicação do colírio, pingar o número de gotas prescrita; tomar cuidado para não tocar a conjuntiva do cliente, secar o excesso da medicação com a gaze;

5.8-Desprezar o material;

5.9-Lavar as mãos;

5.10-Checar a prescrição médica, anotar e carimbar;

06-Referências bibliográficas:

6.1-Técnicas Básicas de Enfermagem / Organizadoras Vanda Cristina dos Santos Passos; Andrea C. Bressane Volpato. 3.ed._ São Paulo: Martinari, 2009

www.segurancadopaciente.com.br

www.soenfermagem.net

www.saude.gov.br

Elaboração:

Nome	Área	Data	Visto
Bruna Perassoli Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Catia Rios M. de Melo	Coordenadora UTI	04/01/2023	
Juarez Dezuani Oliveira	Coordenador Médico	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI
FUNDADA EM 1935

POP PRO ENF Nº 143 PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINA HEPATITE B EM RN

Data de elaboração: 26 de Outubro de 2022 Nº. De Pág.: 1/3

Data de revisão: 04 de Janeiro de 2022 Revisão Nº: 01

Responsável pela elaboração: Edmari Franco de Souza Ferreira e Simone Garcia Vicente

Responsável pela revisão: Bruna Perassoli Teixeira
Igor Barcellos Precinoti

Setor: Maternidade e Centro Cirúrgico

PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINA HEPATITE B EM RN

01 – Processo:

- 1.1- Realizar aplicação da vacina anti-hepatite B por via intramuscular (vasto lateral da coxa direita) no RN pela equipe de enfermagem.

02- Objetivo:

- 2.1- A aplicação da primeira dose nas primeiras 12hrs de vida resulta em elevada eficácia para prevenir a infecção pelo vírus da Hepatite B através da transmissão vertical da mãe para o filho ao nascimento.

03- Departamento Envolvido:

- 3.1 - Enfermagem;

04- Recursos (materiais e equipamentos utilizados):

- 4.1- Luva de procedimento.
- 4.2- Cuba rim ou bandeja.
- 4.3- Frasco da vacina contra Hepatite B.
- 4.4- Agulha para aspirar a vacina do frasco (25 x 7).
- 4.5- Rótulo para identificação.
- 4.6- Seringa de 1 ml.
- 4.7- Agulha 20 x 5,5. 3.8 Algodão

05- Passos do procedimento:

- 5.1 Explicar o procedimento à mãe ou o acompanhante.
- 5.2 Certificar-se de que a vacina anti-hepatite B está prescrita.
- 5.3 Realizar a higienização das mãos (ver POP Nº01 de higienização das mãos).
- 5.4 Reunir o material na bandeja.
- 5.5 Retirar a vacina da geladeira da farmácia central, armazenando na caixa de transporte estabilizada em temperatura de 2º a 8º recomendado 4º e encaminhar ao berçário onde será administrado no RN quando parto vaginal, confirmando vacina, nº do lote e validade.
- 5.6 Retirar a vacina da geladeira da farmácia do Centro Cirúrgico, armazenando na caixa de transporte estabilizada em temperatura de 2º a 8º recomendado 4º e encaminhar a sala de recepção de RN onde será administrado no RN quando cesariana, confirmando vacina, nº do lote e validade.
- 5.7 Calçar a luvas de procedimento.
- 5.8 Aspirar com agulha 25 x 7 do frasco da vacina a dose 0,5ml.
- 5.9 Retornar para caixa de transporte estabilizada em temperatura de 2º a 8º recomendado 4º com o frasco da vacina contra hepatite B.
- 5.10 Conectar a agulha 20 x 5,5 a seringa de 1ml.
- 5.11 Conferir a pulseira de identificação do RN (RN de.....)
- 5.12 Posicionar o RN em decúbito dorsal ou lateral direito, expondo a coxa direita.
- 5.13 Selecionar o local de aplicação localizando o terço médio da face externa da coxa direita e passar o algodão seco em sentido único.
- 5.14 Segurar firmemente, com uma das mãos, o membro inferior direito para imobilização do membro.
- 5.15 Introduzir a agulha com um movimento rápido e firme em ângulo reto com a pele do músculo vasto lateral da coxa direita.
- 5.16 Aspirar para verificar se nenhum vaso foi atingido. Se houver retorno venoso, despreze a dose (bem como a seringa e agulha utilizadas) e prepare uma nova dose.
- 5.17 Injetar vagarosamente vacina.
- 5.18 Retirar a agulha.
- 5.19 Fazer leve compressão com algodão seco no local em que foi introduzida a agulha.
- 5.20 Posicionar o RN confortavelmente.
- 5.21 Organizar o material.
- 5.22 Retirar as luvas.
- 5.23 Realizar a higienização das mãos (ver POP Nº 01 de higienização das mãos).
- 5.24 Checar a vacina na prescrição e registrar o procedimento no prontuário.
- 5.25 Registrar na caderneta de vacina do RN data, lote, unidade, rubrica do funcionário que fez a aplicação. Orientar a mãe e ao acompanhante sobre as demais doses a serem realizadas de reforço no posto de saúde.

6. Cuidados e Orientações Gerais:

- 6.1 Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento.
- 6.2 Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.

6.3 Na prevenção da transmissão vertical de mães sabidamente portadoras da hepatite B administrar a vacina, e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) nas primeiras 12 hrs após o nascimento.

6.4 Registrar na caderneta de vacina do RN data, lote, unidade, 1^a dose, rubrica do funcionário que fez a aplicação, e registrar no prontuário do RN.

8.0- Bibliografia:

8.1- BARROS, C.E.S.; INÁCIO, K.L.; PERIN, T. Semiotécnica do Recém-nascido. São Paulo: Atheneu, 2006

8.2- FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. Tratado Prático de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2006

8.3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 176 p. : il. ISBN 978-85-334-2164-6 1. Vacinação. 2. Imunização. 3. Vacina. I. Título.

Nome	Área	Data	Visto
Bruna P. Teixeira	Diretora Assistencial	04/01/2023	
Edmari Franco de Souza Ferreira	Enfermeira SCIH	04/01/2023	
Simone Garcia Vicente	Enfermeira Obstétrica	04/01/2023	
Igor Barcellos Precinoti	Médico Infectologista	04/01/2023	
Lucas Rodrigo Oliveira Viana	Diretor Técnico	04/01/2023	

Este documento é parte integrante do Sistema de Qualidade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui. Reprodução Proibida.