



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE PARTO NORMAL

Autores

Ana Cláudia Rolim de Paiva de Souza

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial MPEA PCI II/ ACRE pela Universidade Federal Fluminense. Enfermeira Obstétrica pelo Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica UFAC (2015). Enfermeira assistencial na Maternidade Bárbara Heliodora.

Ana Paula Amorim Moreira

Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2017). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF.

Bruno Pereira da Silva

Pós-doutor em Saúde Pública pela *Universidad de la Sierra Sur* - UNSIS, México (2022). Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre – UFAC, *Campus Floresta*. Coordenador externo do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – MPEA, turma II do PCI-ACRE UFF-UFAC.

Colaboradores

Fernanda dos Santos Araújo

Enfermeira obstetra

Maria Soares Gomes

Enfermeira obstetra. Coordenadora do Centro de Parto Normal

Jorgeane Melo de Almeida

Gerente de enfermagem da Maternidade Bárbara Heliodora

Financiamento

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), através edital CAPES/COFEN nº 08/2021- Projeto de Cooperação entre Instituições para qualificação de profissionais de nível superior (PCI) II.

RIO BRANCO – ACRE

2024

SUMÁRIO

POP CPN nº 01 - Admissão da Parturiente no Centro de Parto Normal	3
POP CPN nº 02 - Exame Físico Obstétrico no Centro de Parto Normal	4
POP CPN nº 03 - Toque Obstétrico	5
POP CPN nº 04 - Assistência de Enfermagem no 1º Período Clínico do Parto	6
POP CPN nº 05 - Assistência de Enfermagem no 2º Período Clínico do Parto	10
POP CPN nº 06 - Assistência de Enfermagem no 3º Período Clínico do Parto	12
POP CPN nº 07 - Assistência de Enfermagem no 4º Período Clínico do Parto	13
POP CPN nº 08 - Avaliação e Manejo nas Hemorragias Pós-Parto	14
POP CPN nº 09 - Verificação da Temperatura Axilar	18
POP CPN nº 10 - Verificação de Frequência Respiratória	19
POP CPN nº 11 - Verificação da Pressão Arterial em Adultos	20
POP CPN nº 12 - Verificação da Frequência do Pulso Radial em Adultos	21
POP CPN nº 13 - Teste de Glicemia Capilar	22
POP CPN nº 14 - Preparo e Administração de Medicação por Via Endovenosa	23
POP CPN nº 15 - Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular	24
POP CPN nº 16 - Administração de Medicamentos por Via Oral	25
POP CPN nº 17 - Administração de Medicação por Via Subcutânea em Adultos	26
POP CPN nº 18 - Assistência de Enfermagem na Administração do Misoprostol	27
POP CPN nº 19 - Assistência de Enfermagem na Administração da Ocitocina	28
POP CPN nº 20 - Administração de Sulfato de Magnésio a 50% na Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia	29
POP CPN nº 21 - Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido com Boa Vitalidade na Sala de Parto	30
POP CPN nº 22 - Antropometria e Exame Físico do Recém-Nascido de Risco Habitual	31
POP CPN nº 23 - Administração de vitamina K no recém-nascido	32
POP CPN nº 24 - Prevenção da oftalmia gonocócica – Credeização	33
POP CPN nº 25 - Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido	34
POP CPN nº 26 - Dieta por Copinho	35
POP CPN nº 27 – Reanimação Neonatal	36

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Admissão da Parturiente no Centro de Parto Normal		POP CPN nº 01 Página 1/1
<p>Finalidade: Admitir a parturiente no centro de parto normal para acompanhar a evolução do trabalho de parto e estabilizar doenças obstétricas ou clínicas, identificando comorbidades, alergias e fatores de risco associados à gestação, a fim de prestar assistência de forma segura, eficaz e eficiente</p> <p>Aplicação: Todas as parturientes, a partir de 22 semanas, com diagnóstico de trabalho de parto.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Camisola, Termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, pincel para identificação do leito, oxímetro, sonar doppler fetal.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Chamar a cliente pelo nome. Confira a identificação, acompanhe até o leito e coloque o nome na placa de identificação de leito PPP.	
2	Orientar sobre as normas, rotinas e apresente as dependências do setor relacionadas ao atendimento da cliente.	
3	Solicitar a parturiente a caderneta da gestante para verificar informações do pré-natal, e após verificação deixar anexo ao prontuário.	
4	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
5	Verificar os sinais vitais. Após verificar os sinais vitais, realizar a limpeza e desinfecção dos instrumentais (Ver o POP SCIH nº 18 - Limpeza e Desinfecção de Artigos, em anexo).	
6	Confira os impressos de solicitação de exames laboratoriais: se houver, solicitar coleta do exame pelo laboratório.	
7	Realize a punção venosa com cateter sobre agulha, caso necessário, preferencialmente na região distal do membro não dominante, e obter dois acessos venosos periféricos de grande calibre. (Ver em anexo POP SCIH nº 08 - Instalação, troca e manutenção de cateter venoso periférico, em anexo).	
8	Realizar anamnese, exame clínico e obstétrico, estando atento aos registros existenciais no cartão do pré-natal e as informações fornecidas pela mulher/ parturiente e família.	
9	Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.	
10	Encaminhar ao banho de aspersão, respeitando a condição clínica e o período do trabalho de parto. Ofereça camisola, se necessário.	
11	Explicar todas as etapas relacionadas ao pré-parto, parto e pós-parto.	
12	Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem durante todas as etapas do atendimento à parturiente.	
13	Viabilizar a presença de acompanhante de escolha da parturiente.	
14	Orientar a parturiente sobre a possibilidade de dieta durante o trabalho de parto.	
15	Acompanhar a evolução do trabalho de parto e monitorar a vitalidade fetal de hora em hora.	
<p>Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal: Versão resumida. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf . Acesso em 22 de setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:		POP CPN nº 02
Exame Físico Obstétrico no Centro de Parto		Página 1/1
Normal		
Finalidade: Realizar exame físico obstétrico das parturientes internadas no centro de parto normal, para acompanhar a evolução do trabalho de parto e estabilizar doenças obstétricas ou clínicas.		
Aplicação: Todas as parturientes.		
Responsáveis pela execução: Enfermeiro		
Materiais necessários: Luva, fita métrica, sonar doppler fetal.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar cálculo de idade gestacional e cálculo da data provável do parto. Para a realização do cálculo, pode ser usado o aplicativo “Calculadora Gestacional” do Ministério da Saúde.	
2	Realizar anamnese: - Histórico de doenças pregressas, hábitos de vida como tabagismo, etilismo e uso substâncias ilícitas; - Histórico obstétrico: Paridade, tipo de parto, se houve intercorrências na gestação e ou parto; - Gestação atual: Investigar intercorrências na gestação e anotar as queixas da parturiente.	
3	Higienize as mãos. (Ver os POP’s SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
4	Realizar a Manobra de Leopold: Primeira manobra - Delimitação do fundo do útero usando ambas as mãos para deprimir a parede abdominal com as bordas cubitais. As mãos ficam encurvadas, para melhor reconhecer o contorno do fundo do útero e a parte fetal que o ocupa. Segunda manobra - Ao deslizar as mãos do fundo uterino para o polo inferior, tenta-se palpar o dorso fetal e os membros, de um ou outro lado do útero. Terceira manobra - Com as extremidades dos dedos, palpa-se a pelve para tentar reconhecer o polo cefálico ou o pélvico e assim, determinar o tipo de apresentação do conceito. Quarta manobra - Serve para explorar a mobilidade do polo fetal que se apresenta em relação com o estreito superior do trajeto pélvico. Tenta-se apreender esse polo fetal entre o polegar e o indicador da mão direita, imprimindo movimentos laterais para procurar precisar o grau de penetração da apresentação na bacia.	
5	Mensurar de altura uterina: - Para uma correta medida da altura uterina deve-se posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.	
6	Realizar dinâmica uterina: Colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo; espalmar a mão no fundo uterino durante 10 minutos; observar a frequência e a duração das contrações.	
7	Realizar ausculta fetal intermitente por 2 minutos, se possível antes, durante e após a contração para identificar possíveis alterações de ritmos e desacelerações.	
8	Estratificar o risco da parturiente conforme protocolo da instituição	
9	Registrar todas as informações no prontuário.	
Referências:		
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco 1.ed.rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.		
BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA M. E.; SANTOS E. K. A. Enfermagem na Atenção Obstétrica e Neonatal. 22.ed. Curitiba: Progressiva, 2011.		
RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Toque Obstétrico		POP CPN nº 03 Página 1/1
Finalidade: Avaliar anatomia da pelve materna, posição fetal e progressão do trabalho de parto.		
Aplicação: Pacientes em fase ativa do trabalho de parto.		
Responsáveis pela execução: Médico, Enfermeiro.		
Materiais Necessários: Luva estéril ou de procedimento, vaselina ou óleo vegetal.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Comunicar a parturiente o procedimento a ser realizado.	
2	Higienize as mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Posicionar a cliente e orientar para flexionar as pernas e afastar os joelhos.	
4	Higienize as mãos.	
5	Calçar as luvas (no caso de amniorrexe, deve-se usar luvas estéreis)	
6	De início, afastam-se os pequenos lábios e introduzem-se na vagina os dedos indicador e médio, untados em vaselina ou óleo vegetal.	
7	Determinar: <ul style="list-style-type: none"> - Características do colo uterino (posição, comprimento, apagamento e dilatação); - Apresentação (tipo, mobilidade, variedade de posição, grau de descida da apresentação na bacia óssea (planos de De Lee); - Bacia óssea (proporcionalidade feto-pélvica); - Estado da bolsa das águas (presença, forma, tensão) e, quando rotas, observar a característica do líquido amniótico (claro, com grumos, meconial espesso ou fluido, “achocolatado”, sanguinolento). O dedo explorador deve percorrer a área ocupada pela região fetal, até encontrar a linha de orientação, que varia com o caso (sutura sagital, nas apresentações de cabeça fletida). Em seguida, deve-se tentar reconhecer o ponto de referência fetal (que nas cefálicas fletidas é o lambda ou pequena fontanela). 	
8	Retirar luvas.	
9	Higienize as mãos.	
10	Informar parturiente e acompanhante sobre progressão do trabalho de parto.	
11	Registrar informações no prontuário.	
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Toques vaginais em pacientes de risco habitual são realizados a cada 4 h; - Falha de progressão na fase ativa do parto: Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos de evolução do trabalho de parto, incluindo: Dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas; Dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltíparas; Descida e rotação do polo cefálico; Mudanças na intensidade, duração e frequências das contrações uterinas. - Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto a mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. 		
Referências: <p>ANVISA. Diário Oficial da União. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008: Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html> Acesso em: 15 jun 2019.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal: Versão resumida. Brasília, 2017.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem no 1º Período Clínico do Parto		POP CPN nº 04 Página 1/1
<p>Finalidade: Prestar assistência a mulher no primeiro período clínico do parto. Aplicação: Todas as parturientes no primeiro período clínico do parto. Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem. Materiais necessários: óleo de castanha, óleos essenciais, bola suíça, cavalinho, aparelho de som, chuveiro elétrico, bacia, sal grosso, termômetro, sonar doppler fetal.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Estabelecer uma relação com a parturiente e seus familiares.	
2	Informar a parturiente e seus familiares a progressão do trabalho de parto.	
3	Fornecer líquidos leves conforme prescrição médica.	
4	Explicar todos os procedimentos durante o trabalho de parto.	
5	Higienize as mãos.	
6	Monitorar os sinais vitais maternos: - Temperatura a cada 4 horas, exceto no caso de hipertermia ou no rompimento das membranas, que exigem a verificação a cada 2 horas e sempre que necessário. - Verificação de pulso e respiração de acordo com a rotina do setor. - Pressão Arterial a cada 4 horas, exceto no caso de hipertensão ou hipotensão, ou quando a parturiente receber medicamento que interfira na estabilidade hemodinâmica. Nestes casos, o intervalo de verificação será definido pela equipe do setor. - Após verificar os sinais vitais, realizar a limpeza e desinfecção dos instrumentais.	
7	Monitorar os batimentos cardíofetais. - Após verificar os batimentos cardíofetais, realizar a limpeza e desinfecção dos instrumentais.	
8	Oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor de acordo com a aceitação da parturiente: deambulação, massagens, movimentos facilitadores do trabalho de parto, banho de aspersão, bola suíça, respiração consciente, aromaterapia, escalda-pés.	
9	Estimular a parturiente a uma atitude ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto, parto e nascimento, favorecendo as posições verticais e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.	
10	Estimular as técnicas de conforto.	
11	Ajudar a parturiente a mudar de posição.	
12	Orientar a paciente a caminhar, agachar, ficar semissentada, manter-se em decúbito lateral, auxiliar no banho de aspersão.	
13	Rever e ensinar técnicas de respiração adequadas.	
14	Administrar medicações prescritas, caso necessário.	
15	Observar sinais e sintomas após a administração das medicações.	
16	Incentivar o esvaziamento da bexiga.	
<p>Referências: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal: Versão resumida. Brasília, 2017. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Maternidade segura - Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf> Acesso em: 16 outubro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem no 2º Período Clínico do Parto		POP CPN nº 05 Página 1/1
<p>Finalidade: Prestar assistência a mulher no segundo período clínico do parto. Aplicação: Todas as parturientes no segundo período clínico do parto.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luva estéril, instrumental de parto, campos estéreis, avental, óleo de castanha, aparelho de som, foco auxiliar, <i>clamp</i> umbilical, ocitocina.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Informar a parturiente e seus acompanhantes sobre a progressão do trabalho de parto.	
2	Higienize as mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Preparar o instrumental e campos estéreis para o parto usando técnica asséptica.	
4	Auxiliar o profissional a se paramentar.	
5	Higienize as mãos.	
6	Auxiliar a parturiente no posicionamento adequado conforme desejo da parturiente.	
7	Desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal no segundo período do trabalho de parto e estimular a adotar posições facilitadoras da expulsão fetal como cócoras, quatro apoios, lateralizada.	
8	Proporcionar um ambiente acolhedor, com pouca luz e pouco ruído e se desejo da parturiente com uso de musicoterapia.	
9	Apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.	
10	Não realizar massagem perineal durante o segundo período do parto. Tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.	
11	Utilizar o óleo de castanha para preparo do períneo no coroamento, pois ele tem propriedades deslizantes.	
12	Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo; se realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral (originada na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus).	
13	Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.	
14	Quando ocorrer a expulsão fetal, comunicar ao profissional responsável pelas anotações para que possa anotar a hora e realizar o registro no livro de parto;	
15	Administrar 10 UI de ocitocina IM após a expulsão do ombro posterior, ou logo que for possível.	
16	Colocar RN em contato pele a pele com a mãe.	
17	Realizar clampeamento oportuno do cordão se RN nascer vigoroso e não houver patologias que indiquem clampeamento imediato.	
18	Se RN nascer deprimido realizar clampeamento imediato e encaminhar a fonte de calor radiante, comunicar a mãe o motivo da separação de seu filho;	
19	Identificar o recém-nascido com pulseira, no pulso esquerdo, registrando o nome da mãe, prontuário, data, hora do nascimento e sexo.	
20	Estimular aleitamento precoce na primeira hora de vida.	
<p>Referência:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal: Versão resumida. Brasília, 2017.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem no 3º Período Clínico do Parto		POP CPN nº 06 Página1/1
Finalidade: Prestar assistência no terceiro período do parto - dequitação.		
Aplicação: Todas as puérperas do Centro de Parto Normal.		
Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.		
Materiais necessários: Luva estéril, foco auxiliar, <i>clamp</i> umbilical.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Higienize as mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
2	Utilizar manejo ativo conforme protocolo: Administrar ocitocina 10 UI IM após o desprendimento das espáduas; realizar tração controlada do cordão; realizar massagem de fundo uterino.	
3	Observar sinais de descolamento da placenta: - Sinal de Ahlfeld: Pinçamento ou ligadura do cordão próximo à vulva, que dela irá se distanciando com progresso da migração placentária de 10 cm. - Sinal de Küstner: Uma das mãos mantém o cordão umbilical, a outra colocada no hipogástrio (segmento inferior) desloca para cima o corpo uterino. Pode ser negativo (o cordão sobe em consequência da manobra se a placenta ainda não desceu) ou positivo (o cordão permanece imóvel indicando que a placenta desceu). - Sinal de Strassman: Uma das mãos mantém o cordão umbilical, a outra determina movimentos no fundo uterino. Pode ser negativo (a mão que mantém o cordão recebe a propagação) ou positivo (os movimentos do fundo uterino não se propagam ao cordão, revelando descida da placenta). - Sinal de Fabre ou do pescador: Mesmo princípio do anterior: transmissão de ligeiros movimentos no cordão ao fundo uterino.	
4	Observar mecanismo de desprendimento da placenta: Baudelocque Schultze (face fetal) ou Baudelocque Duncan (face materna).	
5	Realizar manobra de Jacob-Dublin: Consiste em torcer suavemente a placenta expulsa (torção axial) de modo que as membranas se disponham em fuso, facilitando deste modo seu desprendimento integral.	
6	Realizar revisão macroscópica da placenta e seus anexos, avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais.	
7	Realizar revisão de trajeto.	
8	Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos. Se após os 30 minutos não ocorrer a dequitação, solicitar avaliação médica.	
9	Em caso de lacerações, realizar rafia hemostática, respeitando os planos anatômicos. Assegurar analgesia efetiva com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 2% sem vasoconstritor.	
10	Orientar cuidados de higiene perineal.	
Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal: Versão resumida. Brasília, 2017.		

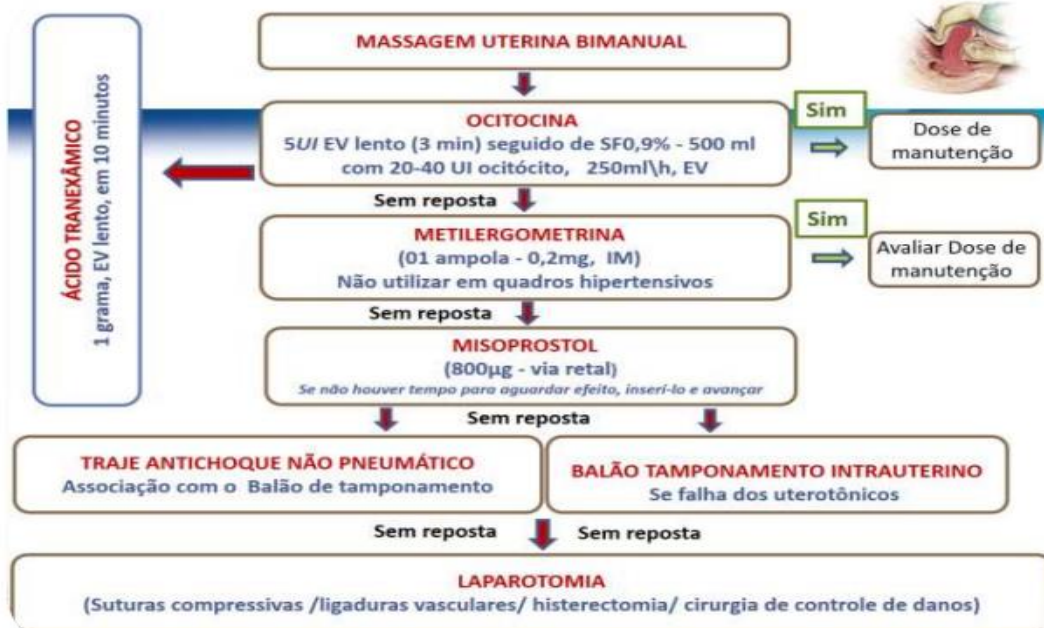
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem no 4º Período Clínico do Parto		POP CPN nº 07 Página 1/1
<p>Finalidade: Prestar assistência de enfermagem na primeira hora após a saída da placenta, pois este é um período de risco materno, com possibilidade de hemorragias, principalmente por atonia uterina.</p> <p>Aplicação: Todas as puérperas do Centro de Parto Normal.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luva de procedimento, relógio, esfigmomanômetro.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
	Higienize as mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
1	Verificar a firmeza do fundo do útero (formação do Globo de segurança de Pinard) e mensurar a altura uterina tendo como referência a cicatriz umbilical.	
2	Avaliar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória.	
3	Estimular o aleitamento materno precoce na primeira meia hora de vida quando o recém-nascido estiver em boas condições.	
4	Inspeccionar regularmente o períneo para sangramento importante.	
5	Observar a quantidade dos lóquios. Absorvente saturado em 1 hora: solicitar avaliação médica caso observe poça de sangue aproximadamente 50 cm de diâmetro estimando perda sanguínea de 500 ml.	
6	Massagear o fundo de útero em caso de hipotonia uterina e solicitar a avaliação médica.	
7	Solicitar laboratório para coleta de sangue para exames laboratoriais, caso necessário.	
8	Administrar medicações conforme prescrição médica ou de enfermagem conforme protocolo instituído na unidade.	
9	Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória a cada 15 minutos até seu encaminhamento para enfermaria de alojamento conjunto. - Após verificar os sinais vitais, realizar a limpeza e desinfecção dos instrumentais (Ver o POP SCIH nº 18 - Limpeza e Desinfecção de Artigos, em anexo).	
10	Ajudar a puérpera e o recém-nascido no processo do aleitamento materno.	
11	Incentivar a ingestão de alimentos e líquidos conforme tolerados.	
12	Manter acesso venoso quando indicado. (Ver em anexo POP SCIH nº 08 - Instalação, troca e manutenção de cateter venoso periférico, em anexo).	
13	Após a alta para enfermaria, realizar a limpeza e desinfecção do berço em acrílico (Ver o POP SCIH nº 36 - Limpeza de Berço para recém-nascido, em anexo).	
<p>Observação: A limpeza terminal da unidade do paciente após ser desocupada, em caso de alta, óbito ou transferência (que inclui cama, poltronas, superfícies e bancadas, entre outros), deve ser efetuada por equipe de limpeza e higienização devidamente capacitada, inclusive com o uso de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme manuais de segurança preconizados, após a retirada pela enfermagem, dos instrumentais e equipamentos utilizados por ela. PARECER COREN/GO Nº 008/CTAP2019</p>		
<p>Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: Versão resumida. Brasília, 2017. PARECER COREN/GO Nº 008/CTAP2019. Parecer sobre técnico de enfermagem proceder a limpeza terminal em clínica de hemodiálise, quando não existe paciente. Disponível em: < http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2019/04/PARECER-008-CTAP2019-t%C3%A9cnico-de-enfermagem-fazer-limpeza-terminal-hemodialise.pdf > Acesso em 26 jul. 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Avaliação e Manejo nas Hemorragias Pós-Parto		POP CPN nº 08 Página 1/3
<p>Finalidade: Manutenção da estabilidade hemodinâmica da puérpera, pois a hemorragia pós-parto é uma importante causa de morbimortalidade materna.</p> <p>Aplicação: Puérperas do Centro de Parto Normal que evoluírem com hemorragia.</p> <p>Responsáveis pela execução: Médico, Enfermeiro e Técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luva de procedimento, medicações, soro aquecido, equipo macrogotas, cateter intravenoso calibroso, algodão, esparadrapo, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, relógio, oxímetro de pulso.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Pedir ajuda: chamar obstetra de plantão imediatamente e equipe multidisciplinar.	
2	Comunicar a situação a paciente.	
3	Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
4	Obter dois acessos venosos periféricos de grande calibre. (Ver em anexo POP SCIH nº 08 - Instalação, troca e manutenção de cateter venoso periférico, em anexo).	
5	Elevar membros inferiores (Trendelemburg).	
6	Infundir solução salina normal aquecida e/ou cristaloides.	
7	Instalar oxigênio a 8 a 10 L/min em máscara facial.	
8	Esvaziar a bexiga, realizar cateterismo vesical, controlar diurese.	
9	Prevenir hipotermia.	
10	Coletar exames: Hemograma/prova cruzada/ coagulograma/ fibrinogênio/ ionograma. Lactato e gasometria nos casos graves	
11	Avaliar gravidade da perda volêmica, monitorar rigorosamente pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de Oxigênio.	
12	Determinar as causas da hemorragia. O tratamento da hemorragia puerperal deve ser rápido e baseado na causa específica da hemorragia. Investigar os 4 T – Tônus: atonia uterina (70% dos casos); Trauma (em 19% dos casos): lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina; Tecido (10% dos casos): retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário e Trombina (1% dos casos): coagulopatias congênitas (ex: von Willebrand) ou adquiridas (ex: CIVD), uso de anticoagulantes (ex: heparina, aspirina).	
13	Após identificar a causa da hemorragia, iniciar tratamento específico conforme fluxogramas em anexo.	
14	Registrar todo o procedimento no prontuário.	
<p>Referência:</p> <p>Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/recomendacoes-assistenciais-para-prevencao-diagnostico-e- Anexos:</p> <p>Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia puerperal - Ministério da Saúde -OPAS - OMS - Brasil tratamento-dahemorrag ia-obstetrica/> Acesso em: 03 out. 2023.</p>		

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:
Avaliação e Manejo nas Hemorragias Pós-Parto**

**POP CPN nº 08
Página 2/3**

Fluxograma 1: Tratamento da atonia uterina



Fluxograma 2: Tratamento do trauma



Fluxograma 3: Tratamento tecido





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Temperatura Axilar		POP CPN nº 09 Página 1/1
<p>Finalidade: Determinar os estados febris, hipotermia, infecções, problemas termorreguladores. Auxiliar no diagnóstico e avaliar a resposta no tratamento clínico e cuidados de enfermagem.</p> <p>Aplicação: Todas as pacientes, principalmente aquelas com controle rigoroso de temperatura axilar, como por exemplo, pacientes com diagnóstico de amniorrexe prematura.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiros e técnicos de enfermagem</p> <p>Materiais necessários: Termômetro digital, algodão, álcool à 70%, relógio, impresso próprio para registro.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Explicar o procedimento à paciente ou acompanhante do RN, se for o caso.	
2	Higienize as mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Proceder à limpeza do termômetro antes e depois de cada aferição utilizando algodão embebido em álcool a 70%, com três fricções.	
4	Posicionar o termômetro na região axilar e solicitar que a paciente permaneça com o membro superior junto ao tórax.	
5	Termômetro Digital: Aguardar o tempo de espera que será indicado pelo alarme sonoro do próprio termômetro, em média 5 min. Efetuar a leitura da temperatura no visor. Desligar o termômetro.	
6	Guardar o termômetro em local próprio.	
7	Realizar anotação dos valores encontrados em impresso próprio.	
<p>Referência:</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. Procedimento Operacional Padrão Verificação da Temperatura Axilar. Disponível em : < http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop8_verificacao_da_temperatura_axilar.pdf > Acesso em 22 outubro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação de Frequência Respiratória		POP CPN nº 10 Página 1/1
<p>Finalidade: Avaliar possíveis problemas respiratórios ou hemodinâmicos com manifestação respiratória.</p> <p>Aplicação: Todas as pacientes, principalmente aquelas com controle rigoroso de frequência respiratória.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Relógio; impresso próprio para registro.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
Adulto		
1	Manter a paciente em repouso em cadeira ou deitada em posição supina no leito por, pelo menos, cinco minutos em ambiente calmo para diminuir a ansiedade.	
2	Solicitar à paciente que permaneça sentada ou deitada com pernas descruzadas.	
3	Observar os movimentos respiratórios abdominais ou torácicos em um minuto.	
4	Realizar anotação dos valores encontrados em impresso próprio.	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
Recém-nascido		
1	Manter o bebê aconchegado, em posição de conforto, realizando método de sucção não-nutritiva durante o procedimento, caso seja necessário.	
2	Realizar anotação dos valores encontrado sem impresso próprio.	
3	Registrar as condições respiratórias, anotando as condições da criança durante a verificação.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - É importante desviar a atenção da paciente para que ele não interfira na execução do procedimento. Uma técnica utilizada seria após a verificação do pulso radial, permanecer segurando o pulso enquanto realiza a contagem da respiração, desviando assim a atenção da paciente. - Em RNs deve ser o primeiro sinal vital a ser verificado, em decorrência de possíveis alterações provocadas pelo choro. A respiração pode ser do tipo: abdominal, torácica ou diafragmática. O ritmo pode ser: irregular ou regular e os movimentos respiratórios podem ser superficiais. - No RN, sobretudo prematuro, os movimentos respiratórios podem ser arrítmicos, intermitentes e ainda com alternância da profundidade. - Observar dificuldade respiratória, presença de secreção nos RNs. - A frequência respiratória em pacientes adultos ou RN pode ser definida em: normal ou eupneica (dentro dos valores normais), bradipneica (abaixo dos valores normais) e taquipneica (acima dos valores normais). - A sucção não nutritiva consiste na introdução de um dedo enluvado na cavidade oral do RN. Apresenta-se como uma medida eficaz para diminuir a reatividade do RN. 		
<p>Referência:</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Procedimento Operacional Padrão - Verificação de Frequência respiratória. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop8_verificacao_da_frequencia respiratória.pdf> Acesso em 22 out. 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Pressão Arterial em Adultos		POP CPN nº 11 Página 1/2
<p>Finalidade: Avaliar as condições pressóricas do sistema cardiovascular, auxiliando no diagnóstico e tratamento, acompanhando a evolução da cliente, visando diminuir o risco de complicações.</p> <p>Aplicação: Todas as pacientes do Centro de Parto Normal.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais e Equipamentos: Estetoscópio; esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide (manguito compatível com o tamanho do braço); algodão, álcool a 70%; cadeira ou leito; impressos próprios para registro.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
2	Reunir o material, selecionando o manguito adequado para a circunferência do membro escolhido para a mensuração da pressão arterial.	
3	Explicar o procedimento à paciente.	
4	Manter a paciente em repouso em cadeira ou deitado em posição supina no leito por, pelo menos, cinco minutos em ambiente calmo para diminuir a ansiedade	
5	Remover as roupas do braço em que será colocado o manguito.	
6	Posicionar o braço sobre a mesa, com a região palmar para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, caso a paciente esteja sentada.	
7	Posicionar o manguito justo sem folga cerca de 2-3 cm acima da fossa cubital.	
8	Centralizar o manguito sobre a artéria braquial (alguns aparelhos apresentam uma seta indicando o meio da bolsa).	
9	Palpar o pulso radial.	
10	Inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimação do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.	
11	Palpar o pulso da artéria braquial, posicionando o diafragma do estetoscópio sobre este ponto.	
12	Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos, posicionando a curvatura biauricular do mesmo para frente	
13	Fechar a válvula da pêra de borracha e insuflar o manguito até 30mmHg acima do valor encontrado no método palpatório através do pulso radial.	
14	Abrir lentamente a válvula.	
15	Registrar a localização do ponteiro do manômetro quando ouvir o primeiro som arterial (pressão sistólica).	
16	Acompanhar o rebaixamento do ponteiro ou da coluna de mercúrio até o momento em que houver alteração súbita do som (abafamento, ausência) e registrar o valor obtido (pressão diastólica).	
17	Desinflar o manguito totalmente e aguardar um minuto para repetir o procedimento, em caso de dúvida.	
18	Retirar o estetoscópio e o esfigmomanômetro.	
19	Realizar a limpeza e desinfecção dos instrumentais (Ver o POP SCIH nº 18 - Limpeza e Desinfecção de Artigos, em anexo).	
20	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
21	Informar os valores encontrados à paciente.	
22	Anotar os valores encontrados e o membro utilizado.	
<p>Observações:</p> <p>- Antes de aferir a pressão arterial, certificar-se de que a paciente está em repouso há pelo menos 15 minutos e não tenha fumado ou ingerido café ou álcool nos últimos 30 minutos.</p>		

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Pressão Arterial em Adultos</p>	<p align="center">POP CPN nº 11 Página 2/2</p>
<p>- Em uma primeira avaliação, as medidas de pressão arterial devem ser realizadas em ambos os membros superiores e em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes.</p> <p>- Considera-se normal diferença entre os membros de até 20mmHg para pressão sistólica e 10mmHg para pressão diastólica.</p> <p>- Caso a paciente esteja deitada (supina), posicionar o braço ao lado do tórax com a região da fossa cubital voltada para cima.</p> <p>- A posição recomendada é a sentada, porém poderá ser utilizada a aferição em posição supina de acordo com a necessidade, considerando que as medidas pressóricas na posição supina são maiores que na sentada.</p> <p>- A proporção utilizada do manguito deve ser 1:2 (largura: comprimento) do braço. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o comprimento deve corresponder a pelo menos 80%.</p> <p>- Pacientes obesas requerem atenção especial ao tamanho do manguito. Manguitos mais longos e largos são necessários nestes casos, para não haver superestimação da pressão arterial. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não há manguito disponível, pode-se fazer a medida no antebraço e o pulso auscultado deve ser o radial. Há, entretanto, restrições quanto a essa prática, recomendando-se que sejam usados manguitos apropriados. Especial dificuldade ocorre em braços largos e curtos, em forma de cone, onde esses manguitos maiores não se adaptam.</p> <p>- Em gestantes, a pressão arterial deve ser obtida com os mesmos equipamentos e com a mesma técnica recomendada para adultos, entretanto a PA também pode ser medida no braço esquerdo na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso, e esta não deve diferir da posição sentada.</p>	
<p>Referência:</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Procedimento Operacional Padrão - Verificação de Pressão arterial em Adultos. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_22_verificacao_pressao_arterial_adultos.pdf> Acesso em 22 out. 2023.</p>	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Verificação da Frequência do Pulso Radial em Adultos		POP CPN n° 12 Página 1/1
<p>Finalidade: Avaliar a frequência, ritmo, amplitude ou magnitude, estado da parede arterial, correlacionando com possíveis alterações hemodinâmicas.</p> <p>Aplicação: Todas as pacientes do Centro de Parto Normal, principalmente aquelas com controle rigoroso de frequência cardíaca.</p> <p>Responsável pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais Necessários: Relógio com ponteiros de segundos.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH n° 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH n° 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
2	Explicar o procedimento a paciente	
3	Manter a paciente em repouso em cadeira ou deitada em posição supina no leito por, pelo menos, cinco minutos em ambiente calmo para diminuir a ansiedade.	
4	Utilizar as polpas digitais dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial com o polegar delicadamente no dorso do punho da paciente, variando a força de compressão até obter-se impulso máximo.	
5	Realizar a contagem das pulsações durante um minuto inteiro, após avaliação das características do pulso.	
6	Realizar a higienização das mãos.	
7	Realizar anotação dos valores encontrados.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A compressão exagerada sobre a artéria radial poderá colabar a artéria impedindo a avaliação. - Caso a paciente esteja em decúbito dorsal, o braço deve estar reto, ao longo da lateral do corpo com punho estendido reto. Caso esteja sentada, o cotovelo deve ser curvado a 90° e o braço apoiado na cadeira ou no braço do profissional. - Não utilizar o polegar para palpação para não confundir o pulso do examinador com o da paciente devido à superficialidade da artéria no dedo polegar. - Casos em que a pressão arterial sistólica seja menor que 80mmHg: pode não ser possível palpar o pulso radial. Nesses casos, usar o pulso braquial ou apical para aferir a frequência cardíaca. 		
<p>Referências:</p> <p>NUNES, José Wellington Cunha (coord.). Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMA. POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs, versão 1.1 - 2016-2017. Campo Grande/MS. 2016, 480p.</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade escola da UFRJ. Procedimento Operacional Padrão: Verificação do pulso radial em adultos. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_23_verificacao_frequencia_pulso_radial_adultos.pdf> Acesso em: 17 setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:		POP CPN nº 13
Teste de Glicemia Capilar		Página 1/1
<p>Finalidade: Detectar o nível de glicose no sangue, auxiliando na avaliação clínica e eficiência do plano alimentar, da infusão de glicose ou das medicações hipoglicemiantes, assim como orientar as mudanças no tratamento.</p> <p>Aplicação: Pacientes diabéticas ou com prescrição médica de controle glicêmico.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais Necessários: Luva de procedimento; cuba rim; algodão; álcool a 70%; lanceta; aparelho para verificação de glicemia capilar; fitas para o aparelho da marca compatível com o aparelho de verificação.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
2	Reunir material (cuba rim, algodão com álcool, algodão seco, lanceta, fita reagente e aparelho de glicemia capilar).	
3	Explicar o procedimento para a paciente, promovendo tranquilidade e possibilitando o conhecimento sobre o procedimento.	
4	Calçar luvas de procedimento.	
5	Certificar-se de que o código da fita reagente está compatível com o chip e colocá-la adequadamente no local indicado.	
6	Manter o membro do dedo a ser puncionado abaixo do nível do coração para facilitar o fluxo sanguíneo para o local.	
7	Introduzir a fita apropriada no aparelho de glicemia capilar, evitando tocar na parte reagente.	
8	Realizar antisepsia no local de punção com algodão embebido em álcool a 70%.	
9	Aguardar a evaporação do álcool antes de puncionar para evitar alterações nos níveis glicêmicos.	
10	Proceder à punção com a lanceta na face lateral da ponta do dedo escolhido.	
11	Realizar compressão do dedo puncionado, aplicando e soltando a pressão alternadamente até que seja produzida uma gota de sangue na quantidade suficiente para a verificação do nível de glicemia capilar.	
12	Colocar a gota de sangue no local indicado na fita.	
13	Limpar o dedo da paciente com algodão seco, comprimindo o local para minimizar o sangramento.	
14	Verificar o resultado no aparelho de glicemia capilar.	
15	Informar à paciente o valor da medição	
16	Descartar a lanceta no recipiente de perfurocortantes.	
17	Retirar as luvas.	
18	Realizar a higienização das mãos.	
19	Registrar em impresso próprio.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar a validade das fitas reagentes. - Assegurar-se que as fitas reagentes sejam mantidas dentro do frasco, protegidas da luz e da umidade para não serem inativadas. - Usar uma nova lanceta para cada procedimento. - Atentar para os resultados dos valores glicêmicos e proceder à conduta conforme prescrição ou avaliação da equipe médica. 		
<p>Referência: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade escola da UFRJ. Teste de glicemia capilar. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_59_teste_de_glicemia_capilar.pdf> Acesso em: 17 setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Preparo e Administração de Medicação por Via Endovenosa		POP CPN n° 14 Página 1/2
<p>Finalidade: Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via endovenosa; relacionar os procedimentos necessários para a administração de medicamentos por via endovenosa; melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos; fornecer subsídios para implementação e acompanhamento da terapêutica medicamentosa.</p> <p>Aplicação: Pacientes em uso de medicação por via endovenosa com acesso venoso já existente.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Prescrição médica; bandeja; medicamento e diluente conforme prescrito; 1 seringa (em tamanho a ser definido conforme o volume da medicação a ser ministrada); 1 agulha para aspirar medicação (40mm x 12mm ou 30mm x 10mm);</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Ler a prescrição médica, que deve conter: nome da paciente, n° do leito, nome do medicamento, dose, via de administração, horário, frequência da administração.	
2	Reunir o material necessário.	
3	Realizar registro adequado no caso de medicações controladas.	
4	Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos e da bandeja com álcool a 70%. (Ver o POP SCIH n° 19 - Limpeza e Desinfecção de Artigos Metálicos, em anexo).	
5	Fazer o rótulo do medicamento contendo, nome da paciente, número do leito, nome do medicamento, dose, via, horário.	
6	Conferir o nome do medicamento, dose, via e prazo de validade.	
7	Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool a 70%; nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção.	
8	Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original.	
9	Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante.	
10	Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja.	
11	Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento.	
12	Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente.	
13	Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar.	
14	Trocar a agulha de aspiração pela agulha que será ministrada a medicação.	
15	Afixar o rótulo de identificação na seringa.	
16	Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original.	
17	Reunir na bandeja o medicamento preparado, bolas de algodão, álcool a 70%.	
18	Levar a bandeja próximo ao leito da paciente.	
19	Conferir o nome completo da paciente, leito, medicamento e via de administração.	
20	Explicar à parturiente e ao acompanhante o procedimento e informar o medicamento a ser administrado.	
21	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH n° 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH n° 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
22	Calçar luvas de procedimento.	
23	Posicionar o cliente de maneira confortável e adequada para a realização do procedimento.	
24	Verificar a compatibilidade do medicamento a ser ministrado com a solução que esteja sendo infundida (caso esteja sendo administrada outras medicações no acesso venoso).	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Preparo e Administração de Medicação por Via Endovenosa		POP CPN nº 14 Página 2/2
25	Fechar a válvula de controle do fluxo para outros medicamentos/soluções, se necessário.	
26	Fazer a antisepsia do local de injeção utilizando bola de algodão com álcool a 70%; fazer movimentos em espiral com a bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação.	
27	Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem.	
28	Puncionar o adaptador de silicone ou equipo (em local apropriado) com a agulha. No caso de torneira de 3 vias ou conexão em Y, conectar a seringa sem a agulha.	
29	Verificar a permeabilidade do acesso venoso (lavar com soro fisiológico 0.9%, se necessário), empurrar o êmbolo da seringa injetando a solução, manter o soro, conforme prescrição.	
30	Observar as reações da paciente.	
31	Abrir a válvula de controle de fluxo e reajustar o gotejamento conforme prescrição (caso se aplique).	
32	Deixar a paciente em posição confortável e a mesa de cabeceira do paciente em ordem.	
33	Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante.	
34	Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado.	
35	Realizar a higienização das mãos.	
36	Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar à enfermeira aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações do cliente.	
37	Checar a prescrição médica conforme normativa.	
Referência:		
SHIROMA, Lícia Mara Brito. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Procedimento operacional Padrão: Preparo e Administração de Medicação por Via Endovenosa. Disponível em: < http://www.hu.ufsc.br/?page_id=4661 >. Acesso em: 17 setembro de 2023.		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular		POP CPN nº 15 Página 1/1
<p>Finalidade: Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.</p> <p>Aplicação: Pacientes em uso de terapia medicamentosa por via intramuscular.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luva de procedimento, bandeja, seringa, agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado, algodão, medicamento prescrito.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para que ela (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto.	
2	Em caso de nomes comuns ou semelhantes/homônimos, pedir que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe.	
3	Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente.	
4	Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelas pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras questões.	
5	Reunir o material.	
6	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
7	Apresentar-se à paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.	
8	Calçar as luvas de procedimento.	
9	Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização.	
10	Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar a enfermeira.	
11	Realizar antisepsia da pele.	
12	Firmar o músculo, utilizar a técnica em Z.	
13	Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.	
14	Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).	
15	Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose.	
16	Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.	
17	Fazer leve compressão no local.	
18	Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.	
19	Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.	
20	Retirar as luvas e higienizar as mãos.	
21	Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário.	
<p>Referência: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Preparo e administração de medicamentos por via intramuscular. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_35_preparo_e_administracao_de_medicamentos_por_via_intramuscular_em_adultos.pdf> Acesso em: 17 setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de Medicamentos por Via Oral		POP CPN nº 16 Página 1/1
<p>Finalidade: Ingestão de medicamentos por via oral, em várias apresentações: comprimidos, cápsulas, xaropes, óleo, líquido, suspensão, pó e grânulos com o fim de promover absorção do medicamento pelo trato gastrointestinal, para que ocorram efeitos sistêmicos desejados através da corrente sanguínea.</p> <p>Aplicação: Pacientes em uso de terapia medicamentosa por via oral.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, Técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais Necessários: copos recipientes descartáveis para medicamentos; copo com água.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Verificar com exatidão a prescrição médica.	
2	Checar o nome da paciente, medicamento, a dose, horário e via de administração.	
3	Verificar a data de validade do medicamento.	
4	Investigar possíveis contraindicações da paciente para receber medicamentos pela via oral.	
5	Avaliar a capacidade de engolir/tossir.	
6	Avaliar o histórico clínico da paciente e verificar possíveis alergias medicamentosas e nutricionais.	
7	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
8	Selecionar corretamente o medicamento.	
9	Explicar a finalidade de cada medicamento e sua ação para a paciente, permitindo tempo para perguntas.	
10	Auxiliar a paciente a sentar ou ficar na posição lateral, quando a posição sentada for contraindicada.	
11	Administrar os medicamentos pela via oral.	
12	Permanecer no recinto até que a paciente tenha engolido completamente a medicação.	
13	Descartar o material utilizado.	
14	Realizar a higienização das mãos.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para preparo de comprimidos ou cápsulas, coloque a quantidade desejada diretamente no copo descartável para medicamentos. - Para preparo de medicamentos sob a forma líquida: Agitar gentilmente o frasco. Aspirar com a seringa e transferir o conteúdo para o copo descartável antes de oferecer à paciente. - Para administração de medicamentos sob a forma de comprimidos: A paciente tem duas opções: pode segurar os medicamentos sólidos na mão ou no copo, antes de colocá-lo na boca. Para as duas opções oferecer água ou suco, a fim de auxiliar a deglutição do medicamento. - Para administração de medicamentos por via sublingual: Solicitar que a paciente coloque o medicamento sob a língua e orientar que ele deve ser dissolvido por completo. Advertir a paciente para não engolir o comprimido. - Quando o comprimido ou cápsula cair no chão, jogar fora e repetir o preparo. - Alterações na função gastrointestinal interferem na distribuição, absorção e excreção do medicamento. - Pacientes com dificuldade de deglutição apresentam risco de aspiração. Atenção ao administrar medicamentos neste tipo de paciente e comunicar ao médico qualquer alteração ainda não identificada. 		
<p>Referência: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Preparo e administração de medicamentos por via oral. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_35_preparo_e_administracao_de_medicamentos_por_via_oral_em_adultos.pdf> Acesso em: 17 setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de Medicação por Via Subcutânea em Adultos		POP CPN nº 17 Página 1/1
<p>Finalidade: Administrar medicamentos através da pele de forma que sejam absorvidos lentamente na corrente sanguínea, pois o tecido subcutâneo possui escassez de vasos sanguíneos.</p> <p>Aplicação: Pacientes em uso de terapia medicamentosa por via subcutânea.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, Técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Gaze e chumaço de algodão; frasco ou ampola de medicação; luvas de procedimento; seringas de 1ml; agulhas de calibre 13 x 4,5.</p>		
DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO		
1	Verificar com exatidão a prescrição médica.	
2	Checar o nome da paciente, medicamento, dose, horário e via de administração.	
3	Avaliar possíveis alergias ao medicamento.	
4	Verificar a data de validade da medicação.	
5	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
6	Calçar luvas de procedimento.	
7	Preparar de maneira asséptica e correta a dose da medicação a partir da ampola ou frasco.	
8	Selecionar a região apropriada para injeção.	
9	Verificar a existência de equimose, inflamação ou edema.	
10	Auxiliar a paciente para uma posição adequada, relaxando o braço, perna ou abdome, dependendo do local escolhido para injeção.	
11	Passar o chumaço de algodão do centro para as bordas, aproximadamente 5 cm.	
12	Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante.	
13	Remover a capa ou bainha da agulha, puxando-a em linha reta para trás.	
14	Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante.	
15	Avaliar o melhor local para a aplicação do medicamento, ouvindo o paciente.	
15	Administrar a injeção lentamente.	
16	Retirar a agulha enquanto aplica a bola de algodão ou gaze gentilmente sobre a região.	
17	Aplicar pressão gentilmente.	
18	Não massagear a região.	
19	Descartar a agulha sem capa ou a agulha envolta em bainha de segurança e presa à seringa dentro do recipiente para materiais cortantes e perfurantes.	
20	Retirar as luvas.	
21	Realizar a higienização das mãos.	
22	Registrar o procedimento em prontuário.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os locais para a aplicação da injeção devem estar livres de anormalidades que possam interferir na absorção do medicamento. Regiões usadas repetidamente podem se tornar endurecidas pela lipohipertrofia (maior crescimento no tecido adiposo). - Não deve ser aplicada em região que esteja com lesões, ferimentos ou tenha sinais associados a uma infecção. - Para paciente eutrófico, estender firmemente a pele através do local da injeção ou pinçar a pele com a mão não dominante. Inserir a agulha de forma rápida e firme em ângulo de 45° a 90°. Em pacientes muito magros, utilizar ângulo de 45°. - Para o paciente obeso, pinçar a pele do local e inserir a agulha em ângulo de 90° abaixo da dobra tissular. 		
<p>Referência:</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Preparo e administração de medicamentos por via subcutânea em adultos. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_35_preparo_e_administracao_de_medicamentos_por_via_oral_m_adultos.pdf> Acesso em: 17 setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem na Administração do Misoprostol		POP CPN nº 18 Página 1/1
Finalidade: Diminuir os riscos materno/fetais na administração do Misoprostol para indução ao parto.		
Aplicação: Pacientes com prescrição médica de Misoprostol.		
Responsáveis pela execução: Enfermeiro.		
Materiais Necessários: Misoprostol; luvas de procedimento; prontuário, água destilada.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Esclarecer a mulher e acompanhante/família sobre o processo de indução do parto.	
2	Encaminhar à farmácia cópia da prescrição junto com formulário específico para o misoprostol.	
3	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
	Calçar luvas de procedimentos	
4	Aplicar o misoprostol via vaginal, conforme prescrição médica.	
5	Retirar as luvas de procedimentos	
6	Realizar a higienização das mãos.	
7	Orientar a paciente que ela deve ficar 1 hora deitada após o procedimento.	
8	Observar sinais de: sangramento, perda de líquido, contrações dolorosas, perda dos movimentos fetais (feto vivo).	
9	Comunicar o médico para a avaliação.	
10	Registrar os sinais e sintomas observados e relatados pela paciente.	
11	Registrar todas as comunicações do estado da paciente à equipe médica.	
12	Se houver sobra de medicamento providenciar a devolução à farmácia.	
Referência:		
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Assistência de enfermagem da administração do Misoprostol e Ocitocina. Disponível em: < http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_100_assistencia_de_enfermagem_na_adm_do_misoprostol_e_ocitocina.pdf > Acesso em 14 de novembro de 2023.		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Assistência de Enfermagem na Administração da Ocitocina		POP CPN nº 19 Página 1/1
Finalidade: Diminuir os riscos materno-fetais na administração da Ocitocina na indução ao parto.		
Aplicação: Pacientes com prescrição médica de Ocitocina.		
Responsáveis pela execução: Enfermeiro, Técnico de enfermagem.		
Materiais e Equipamentos Necessários: Ocitocina; soro glicosado a 5%; bomba infusora; luvas de procedimento; prontuário.		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
2	Esclarecer a mulher e acompanhante/família sobre o processo de indução do parto.	
3	Instalar medicação na bomba infusora conforme a diluição preconizada.	
4	Observar sinais de contrações uterinas.	
5	Observar possíveis sinais de taquissístolia: dor forte, contrações ininterruptas e/ou em pouco espaço de tempo, abdome tenso, agitação da paciente.	
6	Registrar os sinais e sintomas observados e relatados pela paciente.	
7	Registrar todas as comunicações do estado da paciente à equipe médica.	
8	Caso a atividade uterina não tenha atingido o padrão desejado em 2 horas de administração de dose máxima de ocitocina, considerar como falha de indução. Comunicar ao médico para avaliação.	
9	Quando ocorrer taquissístolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal, diminuir ou suspender a perfusão de ocitocina, administrar oxigênio sob cateter nasal, hidratação venosa e mudança de decúbito da paciente.	
10	Realizar monitorização eletrônica fetal intraparto (cardiotocografia).	
Referência:		
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Assistência de enfermagem da administração do Misoprostol e Ocitocina. Disponível em: < http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_100_assistencia_de_enfermagem_na_adm_do_misoprostol_e_ocitocina.pdf > Acesso em: 14 out. 2023.		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:		POP CPN n° 20
Administração de Sulfato de Magnésio a 50% na Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia		Página 1/1
<p>Finalidade: Administração do sulfato de magnésio a 50% pela equipe de enfermagem na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia para diminuir a irritabilidade neuromuscular; bloquear a liberação da acetilcolina na junção neuromuscular; deprimir o centro vasomotor; deprimir a irritabilidade do sistema nervoso central (SNC).</p> <p>Aplicação: Mulheres com indicação para administração do Sulfato de Magnésio a 50%.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luvas de procedimentos, Ampola de Sulfato de Magnésio a 50%; soro glicosado a 5%; seringa 20ml; agulha 40x12; algodão; álcool a 70%; etiqueta para identificação da medicação; bomba infusora; equipo compatível com a bomba infusora; impressos.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Acolher e admitir a paciente, realizando o registro em impresso próprio.	
2	Encaminhar a paciente ao leito.	
3	Explicar cada procedimento a ser realizado, de forma tranquila e dando apoio emocional.	
4	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH n° 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH n° 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
5	Calçar luvas de procedimentos	
6	Verificar os sinais vitais de hora em hora.	
7	Verificar temperatura axilar de 6 em 6 horas.	
8	Realizar a higienização das mãos.	
9	Realizar monitorização cardíaca da paciente.	
10	Realizar a higienização das mãos.	
11	Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre. (Ver em anexo POP SCIH n° 08 - Instalação, troca e manutenção de cateter venoso periférico).	
12	Realizar a higienização das mãos.	
13	Realizar cateterismo vesical de demora. (Ver POP SCIH n° 14 - Sondagem vesical de demora, em anexo).	
14	Realizar diluição da medicação seguindo o padrão de diluição (ver observações) e prescrição médica.	
15	Instalar a dose de ataque atentando para o tempo da infusão mínimo de 20 minutos.	
16	Perguntar para a paciente durante a administração se apresenta algum sintoma diferente ou mal-estar.	
17	Observar se há alguma alteração nos parâmetros de sinais vitais durante a administração da solução.	
18	Instalar a dose manutenção (em 24 horas) em bomba infusora conforme a prescrição.	
19	Exercer vigilância constante da paciente e do bem-estar fetal (quando gestante).	
20	Realizar a higienização das mãos.	
21	Checar a medicação na prescrição e registrar no prontuário o procedimento.	
<p>Observações: Em caso de crises convulsivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter as grades do leito levantadas; Proteger e manter vias aéreas permeáveis; Avaliar a necessidade de introdução de cânula oral de Guedel; Aspirar as secreções da orofaringe se necessário; Preparar a unidade da paciente mantendo material de oxigenoterapia prontos para utilização -Preparar e manter próximo ao leito o material para parada cardiorrespiratória, Medir diurese, pressão arterial, frequência respiratória e reflexos tendinosos horários. - O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto do Sulfato de Magnésio. É indispensável para aplicação imediata no caso de parada respiratória. - Níveis da concentração plasmática do magnésio além dos valores terapêuticos ideais podem induzir os efeitos colaterais, culminando com apneia e parada cardíaca. - Em qualquer esquema, a medicação deve ser mantida por 24hs após a última crise, ou por 24hs após sua administração na iminência de eclâmpsia, de acordo com prescrição médica. - Diluição do sulfato de magnésio a 50%: Esquema Zuspan - Dose de ataque: Sulfato de magnésio 50% 8 ml + Soro Glicosado a 5% 142 ml, administrar em 20 minutos. Dose de manutenção: Sulfato de magnésio 50% 10 ml + Soro Glicosado a 5% 490ml, administrar em bomba infusora com programação para 100ml/h. Suspender a sulfatação: Reflexos patelares abolidos; FC < de 14 rpm; diurese menor que 25ml/h. 		
<p>Referência: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola da UFRJ. Procedimento Operacional Padrão Administração de Sulfato de Magnésio a 50% na Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia. Disponível em: <http://www.me.ufrjbr/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_74_administracao_de_sulfato_de_magnesio_a_50.pdf> Acesso em: 20 set 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido com Boa Vitalidade na Sala de Parto		POP CPN n° 21 Página 1/1
<p>Finalidade: Realizar cuidados imediatos de enfermagem prestados aos RNs nascidos em boas condições de vitalidade. (Apgar maior ou igual a 7) para ajudar a adaptação do recém-nascido da vida intrauterina para a extrauterina, promover o bem-estar do RN.</p> <p>Aplicação: Recém-nascido do Centro de Parto Normal com boa vitalidade ao nascer.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: Luvas, campos estéreis aquecidos, touca, clampeador umbilical, tesoura estéril, impressos próprios.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Manter ambiente aquecido, entre 23 e 26 graus	
2	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH n° 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH n° 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Calçar luvas estéreis.	
4	Logo ao nascer avaliar a vitalidade do RN. Se na avaliação de vitalidade o RN encontrar-se deprimido, esse POP não se aplica.	
5	Realizar o primeiro vínculo RN/Mãe/Familiar colocando o RN junto à mãe no contato pele a pele.	
6	Retirar o excesso do líquido amniótico do RN.	
7	Cobrir RN com o campo estéril aquecido.	
8	Cobrir o polo cefálico com a touca (solicitar ao acompanhante).	
9	Proceder o clampeamento oportuno do cordão umbilical: de 1 a 3 minutos.	
10	Prender o cordão com o clampeador umbilical de 2 a 3 cm de distância do anel umbilical.	
11	Cortar o cordão mais ou menos 1 cm acima do clampeador umbilical. Oferecer ao acompanhante a oportunidade de cortar o cordão.	
12	Colocar a pulseira de identificação no pulso esquerdo do RN.	
13	Iniciar o aleitamento materno precoce na primeira hora de vida, caso não haja contraindicações.	
14	Encaminhar RN para cuidados de rotina somente após uma hora de contato pele a pele.	
15	Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos.	
<p>Referências:</p> <p>Recepção e atendimento ao recém-nascido com boa vitalidade. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.037Recepcao_e_Atendimento_ao_Recem_Nascido_com_Boa_Vitalidade_ve_rsa02.pdf. Acesso em 18 de outubro de 2023.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Volume 2 . 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Antropometria e Exame Físico do Recém-Nascido de Risco Habitual		POP CPN nº 22 Página 1/1
<p>Finalidade: Aferir as medidas antropométricas e avaliar as condições físicas e neurológicas iniciais do RN, proporcionando avaliação especializada precoce se necessário, após realização do contato pele-a-pele de uma hora com sua mãe, e/ou estabilização clínica.</p> <p>Aplicação: Recém-nascido no Centro de Parto Normal, após uma hora de vida.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeira obstétrica (exame físico); Equipe de Enfermagem (antropometria).</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados: Berço aquecido, luvas de procedimento, antropômetro, fita métrica flexível, balança pediátrica, papel toalha, estetoscópio.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Aquecer previamente o berço da sala de cuidados do RN.	
2	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Após o contato pele-a-pele com sua mãe, levar o RN à sala de cuidados. Neste momento, solicitar à mãe/acompanhante um <i>kit</i> de roupas limpas, incluindo fralda descartável e manta.	
4	Usar luvas de procedimento, posicionar o RN no berço aquecido, com suas roupas ao lado para também aquecerem.	
5	<p>Mensurar o perímetro cefálico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Levantar a cabeça do recém-nascido com uma das mãos e com a outra; -Passar a fita por trás da cabeça com a outra mão e trazê-la para frente até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada. 	
6	<p>Mensurar o perímetro torácico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar o tórax do recém-nascido suavemente; - Passar a fita por trás do mesmo e trazê-la a frente até que a ponta encontre o valor referente à mensuração desejada. 	
7	<p>Mensurar o comprimento do RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deitar-se o recém-nascido no berço; -Posicionar o antropômetro com a base totalmente aberta com a parte fixa voltada para a cabeça do recém-nascido e a parte móvel voltada para os pés; -Estender os membros inferiores do recém-nascido; - Proceder à progressão da base móvel em direção aos pés do recém-nascido. -Verificar a medida demarcada na régua através da subida da base ao encontro dos pés do recém-nascido; - Puxar novamente a base móvel para baixo até que fique livre para ser retirada da mesa. 	
8	Pesar RN despido. A balança deve ser desinfetada com álcool a 70% e coberta com papel toalha.	
9	Realizar exame físico céfalo-caudal - pelo enfermeiro obstetra no RN risco habitual.	
10	Após conclusão do exame físico, vestir o RN e encaminhar novamente à mãe.	
11	Retirar as Luvas e realizar a higienização das mãos.	
12	Nos casos em que os cuidados do RN sejam feitos longe da mãe, solicitar que o acompanhante vá junto com RN para o local de avaliação.	
<p>Referência:</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. Procedimento Operacional Padrão. Verificação de Pressão arterial em Adultos. Disponível em : < http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_67_medidas_antropometricas_no_rn.pdf> Acesso em 22 nov. 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Administração de vitamina K no recém-nascido		POP CPN nº 23 Página 1/1
<p>Finalidade: Aplicação de Vitamina K (Fitomenadiona), 1 mg por via intramuscular no recém-nascido (RN), com o objetivo de prevenir doença hemorrágica neonatal.</p> <p>Aplicação: RN que ainda estiver no Centro de Parto Normal, após uma hora de vida.</p> <p>Responsáveis pela execução: Neonatologia, Equipe de enfermagem</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados: Berço aquecido, luvas de procedimento, bandeja ou cuba rim, seringa de 1ml, agulha 13,0 x 4,5mm, gaze não-estéril ou algodão, ampola de Vitamina K (10 mg/ml), álcool a 70%, caixa protetora para a ampola de Vitamina K.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	A Vitamina K (Fitomenadiona) é administrada após a antropometria e exame físico do RN, ainda em berço aquecido	
2	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Reunir materiais na bandeja/cuba rim: seringa de 1ml, agulha 13,0 x 4,5mm, gaze ou algodão, álcool a 70%, ampola de vitamina K.	
4	Aspirar 0,1ml (em RNs acima de 2,5 kg) em seringa de 1ml com agulha descartável nº 13 x 4,5mm.	
5	Calçar luvas de procedimento.	
6	Realizar limpeza do músculo vasto lateral esquerdo com gaze seca.	
7	Com o RN em decúbito dorsal ou em decúbito lateral direito, administrar vagarosamente o medicamento via intramuscular com um movimento rápido e firme, no terço médio do músculo vasto lateral (coxa). Imobilizar o membro de forma cuidadosa.	
8	Retirar a agulha. Desprezar no coletor de materiais perfurocortantes.	
9	Desprezar a seringa e as luvas de procedimento no saco branco (lixo infectante) e higienizar as mãos.	
10	Confortar o RN, se necessário.	
11	Registrar o procedimento, posteriormente.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Vitamina K é um medicamento fotossensível. As ampolas deverão ser guardadas em abrigo longe da luz e do calor. Conservar as ampolas na caixa até o momento do uso. A medicação deve ser preparada e administrada imediatamente. - As ampolas devem ser desprezadas após cada uso, em recipiente para materiais perfurocortantes. 		
<p>Referência:</p> <p>BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário Anvisa: Kanakion MM. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=13181462016&pIdAnexo=3137293> Acesso em: 20 nov. 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Prevenção da oftalmia gonocócica – Credeização		POP CPN nº 24 Página 1/1
<p>Finalidade: Administração do colírio de nitrato de prata a 1 % via ocular para prevenir a oftalmia gonocócica em recém-nascidos.</p> <p>Aplicação: Recém-nascidos no Centro de Parto Normal, após uma hora de vida.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados: Berço aquecido, luvas de procedimento, gaze não-estéril, água destilada, nitrato de prata a 1%, caixa protetora para o frasco de nitrato de prata.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	A credeização é realizada após a administração de vitamina K, na sala de cuidados do RN, em berço aquecido.	
2	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 – Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
3	Conferir o medicamento.	
4	Calçar luvas de procedimento.	
5	Retirar o vérxix da região ocular com gaze seca ou umedecida com água destilada, sendo contraindicado o uso de soro fisiológico ou qualquer outra solução salina.	
6	Com o RN em decúbito dorsal, instilar uma gota de nitrato de prata a 1% no saco conjuntival, na pálpebra inferior. Para facilitar, faz-se uma tração delicada da pálpebra para baixo.	
7	Não permitir que a embalagem do colírio ou pomada toque no olho do RN.	
8	Realizar suave massagem sobre as pálpebras para espalhar a gota.	
9	Se o nitrato sair do globo ocular ou se houver dúvida, repetir o procedimento.	
10	Retirar o excesso de nitrato de prata a 1% das pálpebras e da pele ao redor dos olhos com gaze seca.	
11	Confortar o RN; o procedimento é desconfortável, e ele não abrirá os olhos de imediato.	
12	Desprezar luvas de procedimento.	
13	Realizar a higienização das mãos.	
14	Registrar o procedimento, posteriormente.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se instilado diretamente sobre a córnea, o nitrato de prata poderá causar traumatismo ou lesão; - Sempre retirar o excesso da solução para não formar uma mancha marrom ou preta na pele ao redor dos olhos; nunca utilizar soro fisiológico, pois precipita os sais de prata, provocando queimadura na pele; - Não enxaguar o medicamento dos olhos do RN. Deve-se deixar medicamento agir logo após a instilação para que seja eficaz. 		
<p>Referências:</p> <p>Profilaxia de conjuntivite neonatal https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2021/umi-unidade-materno-infantil/pop-umi-010__profilaxia_de_conjuntivite_neonatal_validado_24_08_2021__1__4.pdf. Acesso em 23 de setembro de 2023.</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido	POP CPN nº 25 Página 1/2
--	---

Finalidade: Mensurar o nível de glicose no sangue para avaliação clínica do RN e condução do plano terapêutico (nutrição e terapia infusional).

Aplicação: RN grande para a idade gestacional (GIG); RN pequeno para a idade gestacional (PIG); RN pré-termo (RNPT); RN com crescimento intrauterino restrito (CIUR); RN com incompatibilidade de RH; RN submetidos à exsanguinotransfusão; RN infectados; RN em terapia infusional contínua (hidratação venosa e/ou nutrição parenteral); filho de mãe diabética; RN pós-asfixiado, com disfunção respiratória, hipotermia, tremores, cianose ou outras anormalidades; qualquer RN sintomático.

Responsáveis pela execução: Enfermeiro e técnico de enfermagem.

Materiais Necessários: Luvas de procedimento, cuba rim, algodão, Álcool 70%, lanceta, glicosímetro, fitas reagentes compatíveis com o glicosímetro, coletor de materiais perfurocortantes, agulha 13x4,5mm.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1	Verificar a prescrição médica e consultar quanto ao aprazamento do procedimento
2	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 – Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).
3	Reunir material (cuba rim, algodão com antisséptico, algodão seco, luvas de procedimento, lanceta, fita reagente e glicosímetro).
4	Certificar-se que o código da fita reagente está compatível com o chip e dentro da data de validade.
5	Orientar a família sobre o procedimento.
6	Promover tranquilidade e conforto do RN.
7	Calçar luvas de procedimento.
8	Aquecer o local de punção do RN para estimular a circulação capilar.
9	Realizar antisepsia do calcanhar com antisséptico de acordo com a idade gestacional e condições da pele. Deixar secar espontaneamente para não haver alteração do resultado.
10	Escolher o local adequado para a punção. Na punção de calcâneo evitar a parte central do calcanhar devido à proximidade do osso calcâneo e maior risco de complicações como osteomielite.
11	Colocar a fita no glicosímetro para a leitura adequada da fita reagente.
12	Segurar com firmeza o pé do RN e a lanceta, e fazer uma rápida punção com a lanceta.
13	Posicionar o pé de maneira a formar uma gota de sangue suficiente.
14	Aproximar a fita reagente da gota de sangue formada.
15	Colocar a gota de sangue no local indicado na fita reagente.
16	Pressionar o local da punção com algodão ou gaze até promover completa hemostasia, após a coleta.
17	Verificar o resultado no aparelho de glicemia capilar.
18	Descartar a lanceta ou agulha no recipiente de perfurocortante.
19	Retirar a tira reagente do aparelho de glicemia capilar e desprezá-la em local correto (lixo branco – contaminado).
20	Retirar as luvas.
21	Realizar a higienização das mãos.
22	Explicar os resultados do teste para os pais ou responsáveis.
23	Desinfecção do aparelho de glicemia capilar. (Ver o POP SCIH nº 18 – Limpeza e Desinfecção de Artigos, em anexo).
24	Anotar o resultado no prontuário do RN.
25	Comunicar aos pediatras o resultado fora dos parâmetros considerados normais.

Observações:

- Para promover a tranquilidade e conforto do RN é necessário aquecer as mãos antes do contato com o RN.
- Assegurar que as fitas reagentes são mantidas dentro do frasco, protegidas da luz e da umidade para não serem inativadas.
- Observar rodízio do local de punção, de forma a evitar lesão da pele por múltiplas punções.
- Ao aproximar a fita reagente da gota de sangue formada, o sangue deve fluir sem que a área do calcanhar perfurada seja comprimida ou ordenhada.-

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO:</p> <p align="center">Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido</p>	<p align="center">POP CPN nº 25</p> <p align="center">Página 2/2</p>
<p>- Utilizar lancetas/agulhas adequadas para RN,- Em caso de valores abaixo dos parâmetros adotados na unidade comunicar o enfermeiro ou pediatra e repetir a medida 30 minutos após conduta solicitada (administração de dieta, "flush" de glicose ou mudança de hidratação venosa, entre outras).</p> <p>- Parâmetros inadequados de glicemia para o RN:</p> <p>Em RNs sintomáticos: • Entre 0-48 horas de vida: níveis de glicose plasmática menores que 50 mg/dL;</p> <p>Em RNs assintomáticos, portadores de risco para hipoglicemia: • Entre 0-4 horas de vida: níveis de glicose plasmática menores que 25 a 40 mg/dL;</p>	
<p>Referências:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Volume 1. 2.ed.atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade escola da UFRJ. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP N° 93. Teste de Glicemia Capilar no Recém-nascido (RN). Disponível em <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_93_glicemia_capilar_rn.pdf> Acesso em 23 set 2023.</p>	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Dieta por Copinho		POP CPN nº 26 Página 1/1
<p>Finalidade: Administrar leite materno ou fórmulas lácteas ao RN através do copo, a fim de oferecer aporte calórico e nutricional ao RN.</p> <p>Aplicação: Recém-nascido que está impedido de sugar o seio materno, por uma incapacidade temporária ou definitiva da mãe; ou ainda que necessita de um suplemento após o seio materno.</p> <p>Responsáveis pela execução: Enfermeiro; Técnico de enfermagem.</p> <p>Materiais Necessários: Copo graduado estéril (específico de pequeno porte) ou copinho plástico descartável; luvas de procedimento.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Encaminhar o bebê de preferência a um ambiente tranquilo e iluminado.	
2	Explicar a mãe ou cuidador o procedimento a ser realizado, de forma tranquila e dando apoio emocional.	
3	Realizar a higienização das mãos. (Ver os POP's SCIH nº 04 – Higienização Simples das Mãos e POP SCIH nº 05 - Fricção Antisséptica das Mãos, em anexo).	
4	Reunir todo material necessário.	
5	Conferir a dieta de acordo com a prescrição.	
6	Segurar o bebê, em estado de alerta, sentado ou semissentado no colo da mãe ou do cuidador.	
7	Encostar a borda do copinho no lábio inferior do RN.	
8	Inclinar o copinho até que o leite toque seu lábio inferior.	
9	Observar a deglutição, movimentos em sequência da língua, em seu próprio ritmo.	
10	Realizar a higienização das mãos.	
11	Registrar a quantidade de leite ofertada.	
12	Relatar qualquer alteração ao pediatra ou enfermeiro do setor.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar a temperatura do ambiente e envolver o RN em cueiros e cobertores, antes do procedimento. - Não derramar o leite na boca do RN e observar o desperdício de leite não sorvido. - Atentar-se às pausas respiratórias. - Respirações ruidosas, bebês chorando e ruídos ambientais prejudicam a capacidade de aceitação da dieta pelo RN. - Importante observar atentamente o ritmo e a coordenação entre a sucção/deglutição/respiração do RN. 		
<p>Referências:</p> <p>BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Brasília: Distrito Federal, 2017. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf Acesso em 02 jan. 2024</p>		

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Reanimação Neonatal		POP CPN nº 27 Página 1/1
<p>Finalidade: Reduzir a mortalidade associada à asfixia neonatal e à síndrome de aspiração de mecônio.</p> <p>Aplicação: Recém-nascido que não nasce com boa vitalidade, e que necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva.</p> <p>Responsável pela execução: Equipe médica; Equipe de Enfermagem.</p> <p>Materiais necessários: lista em anexo ao final deste POP.</p>		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
1	Realizar clampeamento oportuno do cordão se RN nascer vigoroso e não houver patologias que indiquem clampeamento imediato.	
2	Se RN nascer deprimido realizar clampeamento imediato e encaminhar a fonte de calor radiante na sala de cuidados do RN, envolto em campo estéril; comunicar a mãe o motivo da separação de seu filho. Chamar pediatra/neonatologista imediatamente, ou antes do nascimento se houver sinais de que o RN nascerá deprimido.	
3	Uma vez na sala de cuidados, a equipe de assistência deve seguir o fluxograma e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) para reanimação neonatal. Fluxograma em anexo ao final deste POP.	
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento. Esse material é destinado à avaliação do paciente, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações. - Logo após o nascimento, a equipe deve estar voltada exclusivamente aos cuidados com o RN, sem perder tempo ou dispersar a atenção com a busca e/ou o ajuste do material. - Diante da resposta “não” a pelo menos uma das três perguntas iniciais: gestação a termo, respiração ou choro presente e tônus muscular em flexão, conduzir o RN à mesa de reanimação. Assim, pacientes com idade gestacional diferente do termo, recém-nascidos que não iniciam movimentos respiratórios regulares e/ou aqueles em que o tônus muscular está flácido precisam ser conduzidos à mesa de reanimação, independentemente do aspecto do líquido amniótico. - Para a recepção do RN, utilizar as precauções-padrão que compreendem a lavagem/ higienização correta das mãos e o uso de luvas, aventais, máscaras ou proteção facial para evitar o contato do profissional com o material biológico do paciente. 		
<p>Referência:</p> <p>Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2.</p> <p>Anexos nas páginas seguintes.</p>		

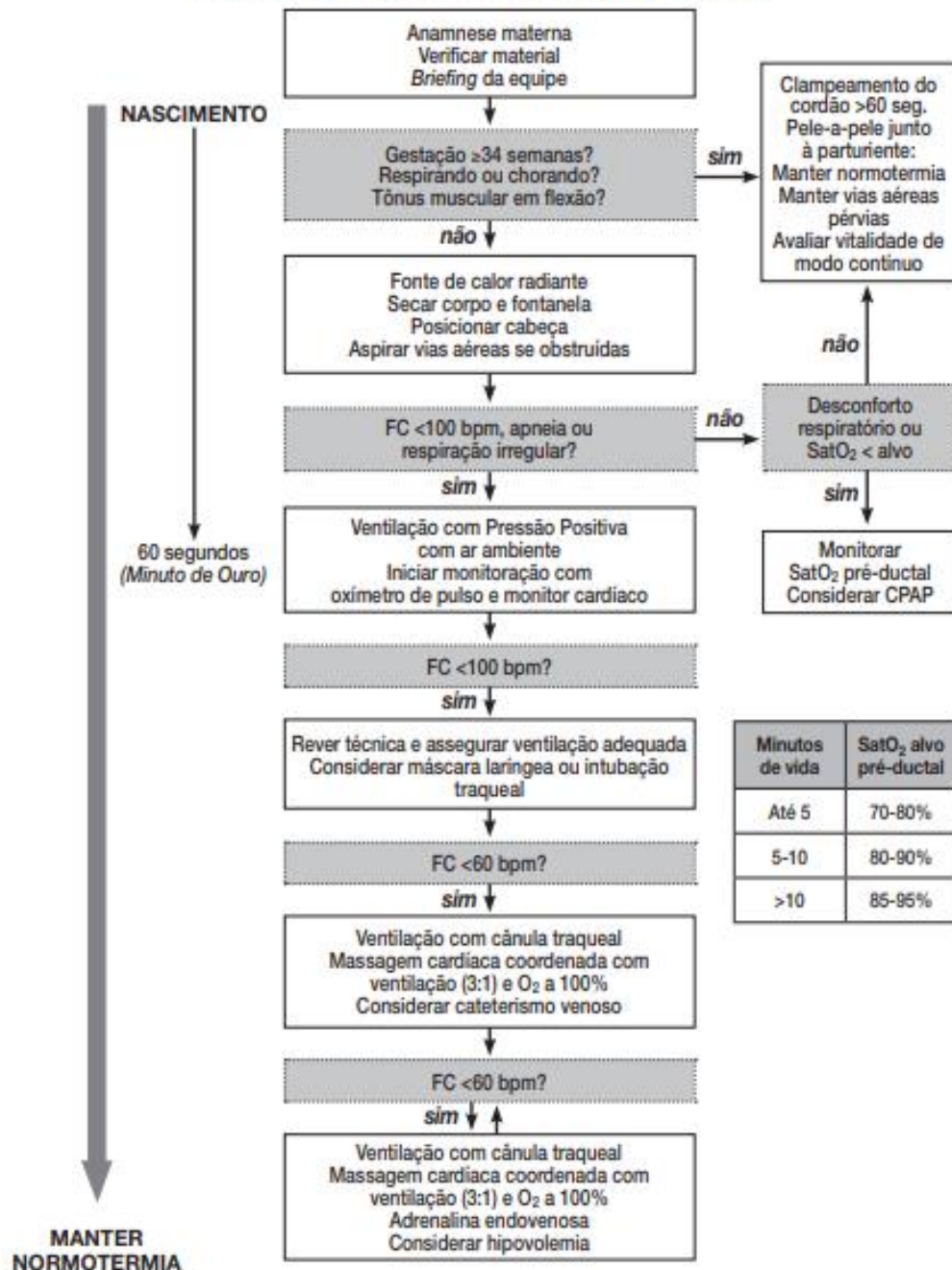


Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto:
Diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria

Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao - Direitos Autorais SBP



Anexo 1. Fluxograma da Reanimação Neonatal do RN ≥ 34 semanas
Programa de Reanimação Neonatal
Sociedade Brasileira de Pediatria - 2022



CHECKLIST DO MATERIAL NECESSÁRIO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL

VERIFICAR O MATERIAL ANTES DE CADA NASCIMENTO

- Mesa com acesso por 3 lados com fonte de calor radiante
- Fonte de oxigênio umidificado com fluxômetro e mangueira de látex (para o balão)
- Fonte de oxigênio com fluxômetro e espigão verde (para ventilador manual em T)
- Fonte de ar comprimido com mangueira amarela
- Aspirador a vácuo com manômetro e mangueira de látex
- Relógio de parede com ponteiro de segundos

MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA

Temperatura da sala de parto _____ °C e da sala de reanimação _____ °C

- 1 campo cirúrgico e 1 pacote de compressas de algodão estéreis
- 1 saco de polietileno de 30 x 50 cm (reservar triângulo p/ touca plástica após corte)
- 1 touca de lã ou algodão
- 1 termômetro digital clínico

AVALIAÇÃO DO RN

- 1 estetoscópio neonatal
- 1 oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica
- 1 monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos e bandagem elástica

ASPIRAÇÃO

- 1 dispositivo transparente para aspiração de mecônio
- 1 sonda traqueal sem válvula de cada tamanho (Nº 6 e 8)
- 2 seringas de 10 ml

VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO

- Balão autoinflável com válvula de segurança a 40 cmH₂O e reservatório de O₂
- Ventilador manual em T com circuito completo (mangueira e tubo corrugado c/ peça T)
- Blender para mistura oxigênio/ar
- 1 máscara redonda de cada tamanho (termo e prematuro)

INTUBAÇÃO TRAQUEAL

- 1 laringoscópio infantil com lâminas retas de cada tamanho (Nº 00, 0 e 1)
- 1 fio-guia para intubação
- Cânulas traqueais sem balonete – 2 de cada tamanho (Nº 2,5/3,0/3,5/4,0mm)
- 3 fitas adesivas para fixação da cânula preparadas para uso
- 2 pilhas AA e 1 lâmpada sobressalente

MEDICAÇÕES

- Adrenalina diluída a 1mg/10mL em SF - seringas identificadas 1mL (EV), 5 mL (ET) e 10mL
- 2 seringas de 1mL, 5 mL, 10mL e 20 mL; 5 agulhas
- 1 torneira de 3 vias
- Bandeja com material estéril para cateterismo umbilical
- cateteres Nº 3,5F e 5F

OUTROS MATERIAIS

- Tesoura, bisturi, clampeador de cordão, álcool etílico/solução antisséptica, gaze de algodão.

INCUBADORA DE TRANSPORTE

- Realizada verificação da fonte de energia, oxigênio e temperatura da incubadora.

Uso das medicações durante a reanimação:

		Adrenalina Endovenosa	Adrenalina Endotraqueal	Expansor de Volume
Apresentação comercial		1mg/mL		SF 0,9%
Diluição		1 mL da ampola de adrenalina 1mg/mL em 9 mL de SF		—
Preparo		Seringa de 1 mL	Seringa de 5 mL	2 seringas de 20 mL
Dose		0,2 mL/kg	1,0 mL/kg	10 mL/kg EV
Dose		0,1 - 0,3 mL/kg	0,5 - 1,0 mL/kg	10 mL/kg EV
Peso ao nascer	1kg	0,2 mL	1,0 mL	10 mL
	2kg	0,4 mL	2,0 mL	20 mL
	3kg	0,6 mL	3,0 mL	30 mL
	4kg	0,8 mL	4,0 mL	40 mL
Velocidade e Precauções		Infundir rápido seguido por <i>flush</i> de 3,0 mL de SF	Infundir no interior da cânula traqueal e ventilar. USO ÚNICO	Infundir na veia umbilical lentamente, em 5 a 10 minutos

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes 2022.