



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N° 16	Data: 20/02/2011
		Revisão N° 03	Data: 20/10/2020
Título: Degermação do Sítio Cirúrgico em Obstetrícia		Área de Aplicação: Centro Cirúrgico	
Responsáveis		Cargo	
Elaboração	Helder Camilo Leite	Chefe do Centro Obstétrico	
Revisão	Viviane Saraiva de Almeida Isabela Dias Ferreira de Melo Jaqueline Souza Roberta Domingos	Assessoria de Planejamento, Supervisão e Cuidado Coordenadora do Centro Obstétrico Enfermeira do Centro Obstétrico	
Aprovação	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves	Diretora de Enfermagem	

1. EXECUTANTE

1.1 Compete ao Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem realizar a degermação com solução anti-séptica degermante (Clorexidina degermante a 2%) na área do sítio cirúrgico e áreas adjacentes.

2. RESULTADOS ESPERADOS

2.1 Visa remover a flora de transitória e parte da flora permanente da pele, além de outros resíduos, diminuindo assim, o risco de infecções nos sítios cirúrgicos.

3. MATERIAL NECESSÁRIO

- 3.1 Clorexidina degermante a 2 %.
- 3.2 Escova para degermação.
- 3.3 Compressa estéril.
- 3.4 Luvas procedimento.

4. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- 4.1 Realizar a higienização das mãos (ver POP de Higienização das Mãos).
- 4.2 Reunir o material.



- 4.3 Orientar a paciente sobre o procedimento.
- 4.4 Abrir a embalagem da escova de degermação.
- 4.5 Calçar as luvas de procedimento.
- 4.6 Degermar a pele com a escova de clorexidina iniciando pelo local da incisão cirúrgica, em movimento unidirecional nas regiões de abdômen, raiz da coxa até terço inferior da coxa sentido proximal para distal.
- 4.7 Secar com compressa estéril observando o mesmo sentido da degermação.
- 4.8 Recolher o material.
- 4.9 Realizar higienização das mãos (ver POP de higienização das mãos).
- 4.10 Registrar o procedimento no boletim cirúrgico de enfermagem (ver figuras e Anexos).

5. CUIDADOS

- 5.1 Indicada para pacientes em pré-operatório de cirurgia de cesariana.
- 5.2 Caso não haja escova embebida com Clorexidina, embeber a escova seca de degermação na clorexidina degermante a 2%.
- 5.3 Não fazer movimento de vai e vem com a escova de degermação, o movimento deverá ser realizado no mesmo sentido.
- 5.4 Nos casos de alergia à clorexidina realizar a degermação com PVPI degermante.

6. REFERÊNCIAS

1. ATKINSON, L.D.; MURRAY, ME; **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**, 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986, 618p.
2. MELSON, K. A; et. al. **Enfermagem Materno-infantil: plano de cuidados**. 3ª Ed., Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso, 2002.
3. NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2a. ed., São Paulo, Sarvier, 2000.
4. SOBECC. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde**, 7ªed. 2017, São Paulo.

7. FIGURAS E ANEXOS



 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO MATERNIDADE-ESCOLA		CENTRO OBSTÉTRICO BOLETIM CIRURGICO ENFERMAGEM	
Nome: _____		Data / / _____ Prontuário nº _____	
Idade _____			
Entrada em Sala Hora _____	Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Acordada <input type="checkbox"/> Sonolenta <input type="checkbox"/> Torporosa <input type="checkbox"/> Obnubilada <input type="checkbox"/> Agitada <input type="checkbox"/> Outros		
Sinais Vitais Início Proced: PA: _____ x _____ mmhg Tax: _____ °C FC: _____ bpm R: _____ irpm			
Patologias Clínicas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DHEG <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doenças Renais <input type="checkbox"/> Anemias <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cirurgias Anteriores <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Alergias Especificar: _____			
Cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Emergência		<input type="checkbox"/> Próteses <input type="checkbox"/> Órteses <input type="checkbox"/> Apliques no couro cabeludo <input type="checkbox"/> Adornos <input type="checkbox"/> Outros	
Sala: <input type="checkbox"/> S01 <input type="checkbox"/> S02 <input type="checkbox"/> S03			
Cirurgia Proposta: _____		Indicação: _____	
Anestesia: <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Peri <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Regional			Hora da Anestesia: _____
Degermação Cirúrgica: <input type="checkbox"/> PVP-I <input type="checkbox"/> Clorexidine 2%		Posicionamento da Placa Disper.: <input type="checkbox"/> Panturrilha <input type="checkbox"/> Escapular <input type="checkbox"/> Glútea <input type="checkbox"/> Outros	
Início da Procedimento Hora: _____		Término do Procedimento Hora: _____	
Enf /Tec/ Aux: _____		Cirurgião 1º: _____	Cirurgião 2º: _____
Neonatologista: _____		Anestesiologista: _____	
Hora do Nascimento: _____	Sexo: _____	Apgar: _____	Peso: _____ Extração Manual Placenta Hora: _____
Hora do Nascimento: _____	Sexo: _____	Apgar: _____	Peso: _____ Extração Manual Placenta Hora: _____
Coleta Sang. Cordão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Placenta Histopatologia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Intercorrências Materna: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Atonia Uterina <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Outras			
Sinais Vitais Término Proced: PA _____ x _____ mmhg FC: _____ bpm R: _____ irpm			Volume Diurese Término Cirurgia _____
Cuidados com RN: Vacina Anti-Hepatite B <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vit K <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Credê <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cuidados do Coto Umbilical <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Higienização Corporal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aleitamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____ Cuidados Realizados Por: _____			
Intercorrências com RN <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Esforço Respiratório <input type="checkbox"/> Estimulação VPP <input type="checkbox"/> Reanimação CR <input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Hora do Encaminhamento: _____			
FITAS INTEGRADORAS: _____			
REGISTRO DE ENFERMAGEM			
Observações: _____			
			ASSINATURA E CARIMBO



HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES			
DATA	VERSÃO	ELABORAÇÃO/REVISÃO	APROVAÇÃO
20/02/2011	1	Helder Camilo Leite/ Viviane Saraiva de Almeida	Gustavo Dias da Silva
21/02/2016	2	Helder Camilo Leite/ Viviane Saraiva de Almeida	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
20/10/2020	3	Helder Camilo Leite/ Viviane Saraiva de Almeida Isabela Dias Ferreira de Melo Jaqueline Souza Roberta Domingos	Ana Paula Vieira dos Santos Esteves