

Procedimento Operacional Padrão

POP/SUEA/2018

Versão 1.0

SUEA/HC/UFG EBSERH

Procedimento Operacional Padrão

POP/SUEA/2018

Setor de Urgência e Emergência Adulto

© 2018, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.ebserh.gov.br

Material produzido pela equipe de enfermagem do Setor de Urgência e Emergência – SUE do HC-UFG/ Ebserh.
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada à fonte e sem fins comerciais.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação

Procedimento Operacional Padrão – Universidade Federal de Goiás - Hospital das Clínicas Goiânia: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

Palavras-chaves: Procedimento Operacional Padrão; Enfermagem; Padronização.

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSE
RHH
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

1ª Avenida, Nº 545
Setor Leste Universitário | CEP: 74605050 | Goiânia-GO |
Telefone: (62) 3269.8400 | <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg>

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente substituto da EBSE
RHH

JOSÉ GARCIA NETO
Superintendente do HC-UFG/EBSE
RHH

MARIA CONCEIÇÃO DE CASTRO ANTONELLI MONTEIRO DE QUEIROZ
Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFG/EBSE
RHH

JOSÉ MIGUEL DE DEUS
Gerente de Ensino e Pesquisa HC-UFG/EBSE
RHH

MARCIA YASSUNAGA BRITO
Gerente de Administrativo do HC-UFG/EBSE
RHH

CLAUDIA DE PAULA GUIMARÃES
Chefe da Divisão de Enfermagem HC-UFG/EBSE
RHH

NILDE RESPLANDES DOS SANTOS
Chefe do Setor de Urgência e Emergência HC-UFG/EBSE
RHH

ANA PAULA SILVA SILVEIRA
Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSE
RHH

DANIELA SANTIAGO NUNES
Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSE
RHH

ISABELLA VIEIRA COSTA
Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSE
RHH

JESSYCA RODRIGUES BRAGA
Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSE
RHH

KERLEN CASTILHO SAAB
Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSE
RHH

LARISSA KARLA BARROS DE ALENCAR

Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSERH

LUANNE PEREIRA DE OLIVEIRA

Enfermeira do Setor de Urgência e Emergência Adulto HC-UFG/EBSERH

EXPEDIENTE

**Diretoria de Atenção à Saúde - Setor de Urgência e Emergência Adulto
SUEA**

SUMÁRIO

Administração de Dieta Enteral.....	8
Administração de Medicamento: Nebulização.....	10
Administração de Dieta Via Parenteral	12
Admissão	14
Administração de Oxigênio por Cateter Nasal	15
Alta Hospitalar.....	16
Aspiração de Vias Aéreas Inferiores em Paciente Intubado.....	17
Aspiração de Vias Aéreas Superiores no Paciente Adulto	19
Banho no Leito	21
Coleta de Swab para Vigilância	23
Coleta de Urina Tipo 1 e/ou Urocultura	25
Conferência do Carrinho de Emergência.....	27
Contenção Mecânica do Paciente no Leito.....	28
Curativo de Cateter de Curta Permanência.....	31
Curativo de Ferida Operatória por Primeira Intenção	33
Eletrocardiograma	35
Fricção Antisséptica das Mãos com Preparação Alcoólica.....	37
Higienização Simples das Mãos	38
Hipodermóclise.....	40
Identificação do Paciente.....	42
Identificação e Troca do Sistema de Infusão.....	44
Limpeza e Desinfecção de Superfície	46
Monitorização Hemodinâmica	48
Preparo do Corpo Pós-Morte.....	50

Punção Venosa Periférica.....	52
Sondagem Nasoenteral ou Oroenteral	54
Sonda Nasogástrica ou Orogástrica.....	56
Sondagem Vesical de Alívio	58
Sondagem Vesical de Demora.....	61
Verificação De Glicemia Capilar	63

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Descrição	Gestor do POP	Autor/responsável por alterações
05/07/2018	1.0	POP nº 6 POP nº 37	Enf. Ms. Nilde Resplandes Enf. Ms. Ana Paula S. Silveira	Ana Paula S. Silveira e Joyce Souza Lemes (acadêmica de enfermagem FEN-UFG).
12/07/2018	1.0	POP nº 21 POP nº 22	Enf. Ms. Nilde Resplandes Enf. Ms. Ana Paula S. Silveira	Ana Paula S. Silveira e Joyce Souza Lemes (acadêmica de enfermagem FEN-UFG).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 001

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

EXECUTANTE:	Técnico de enfermagem e Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Oferecer dieta aos pacientes incapazes de deglutir ou desnutridos, através de sonda enteral (pré ou pós pilórica) ou estomas de alimentação (gastrostomia ou jejunostomia).

MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimento, frasco de dieta, equipo para dieta enteral (azul) e bomba de infusão contínua.

AÇÕES:

1. Conferir o rótulo do frasco da dieta com a prescrição médica e prescrição da nutricionista: nome completo, leito, tipo e volume da dieta, vazão, data e horário de infusão;
2. Inspeccionar o frasco quanto a presença alterações, caso haja alguma, comunique ao Serviço de Nutrição e devolva o frasco;
3. Levar o frasco de dieta e equipo azul ao posto de enfermagem para preparo antes da administração.
4. Higienizar as mãos;
5. Retirar o equipo azul da embalagem, abrir a tampa do frasco da dieta e conectar o equipo ao frasco;
6. Preencher com dieta a câmara de gotejamento e todo o equipo (retire bolha de ar, caso tenha alguma) e mantenha protegida sua extremidade com a tampa;
7. Reunir o material na bandeja, encaminhar ao leito do paciente e colocar sobre a mesa de cabeceira;
8. Identificar-se ao paciente e/ou acompanhante;
9. Conferir o nome completo do paciente no frasco da dieta com a pulseira de identificação;
10. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
11. Colocar o frasco de dieta no suporte de soro;
12. Conectar o equipo da dieta na bomba de infusão e programar infusão de acordo com a prescrição da nutricionista;
13. Elevar a cabeceira do leito (30° a 45°). Manter nessa posição durante toda a infusão da dieta;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Conectar o equipo a sonda enteral ou sonda de jejunostomia ou gastrostomia;
16. Iniciar a infusão da dieta;
17. Deixar o paciente confortável, mantendo-o sob observação quanto a sinais de intolerância, tais como vômitos, diarreia, náuseas e distensão abdominal;
18. Higienizar as mãos;
19. Checar a prescrição e anotar o procedimento realizado no registro de enfermagem. Anotar o volume de dieta infundido.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A dieta não deve ser suspensa caso ocorra diarreia. Se o paciente apresentar diarreia, a nutricao-


nista e o médico devem ser comunicados, pois a dieta é apenas uma das possíveis causas de diarreia e, muitas vezes, esta poderá ser corrigida sem prejuízo nutricional para o paciente.

- ✓ EPIs devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH.
- ✓ Para garantir a permeabilidade e para diminuir a possibilidade de crescimento bacteriano, a formação de crostas ou a oclusão da sonda, pelo menos 30 a 50 ml de água ou soro fisiológico devem ser administrados nos casos: depois de verificar se há resíduos gástricos, a cada 4 a 6 h com as alimentações contínuas, e quando a alimentação por sonda é descontinuada ou interrompida por qualquer motivo.
- ✓ Caso ocorra obstrução da sonda somente tente desobstruí-la utilizando água.
- ✓ Se, ao realizar a aspiração do cateter, apresentar resíduo gástrico > ou = 100 ml, não administre a dieta e comunique o enfermeiro.

FUNDTAMENTAÇÃO LEGAL

1. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica / [editores] Suzanne C. Smeltzer.. [et al.] ; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patricia Lydie Voeux]. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2014. 2v. : il. ; 21 x 28 cm.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

 PS/HC/UFG/EBSERH	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Setor de Urgência e Emergência Adulto POP N° 002
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO: NEBULIZAÇÃO	
EXECUTANTE:	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Administrar nebulização conforme prescrição médica do paciente a fim de fluidificar secreções de via aérea, melhorando assim as trocas gasosas e padrão respiratório.
MATERIAIS: Medicamento prescrito, máscara de nebulização, conector para ar comprimido ou O ₂ , fluxômetro de ar comprimido ou O ₂ ; luva de procedimento.	
EXECUÇÃO: Sempre que prescrito	
AÇÕES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material; 3. Fazer etiqueta para identificação da inalação que será preparada/administrada com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, hora de administração e nome do profissional; 4. Preparar a medicação, conforme prescrição médica; 5. Explicar o procedimento ao paciente; 6. Colocar o paciente sentado ou em posição fowler no leito; 7. Conectar a extensão da máscara de nebulização à rede de gases; 8. Girar a válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min e verificar se há a saída do aerossol pela máscara; 9. Calçar luvas de procedimento; 10. Colocar a máscara no rosto do cliente, de forma bem ajustada, a fim de evitar o escape de aerossol; 11. Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente; 12. Avaliar os dados vitais do paciente, durante a administração; 13. Ao fim da administração, recolher o material e colocar organizadamente no expurgo; 14. Retirar a luva de procedimento; 15. Higienizar as mãos; 16. Checar a prescrição e assinar; 17. Fazer o registro de enfermagem no prontuário, carimbar ou assinar colocando COREN e categoria. 	
OBSERVAÇÕES <ul style="list-style-type: none"> ✓ A contagem criteriosa das gotas dos medicamentos broncodilatadores e seus adjuvantes utilizados na nebulização é indispensável, a fim de evitar reações graves. ✓ Trocar o kit de nebulização a cada 24 horas de uso. ✓ O kit nebulização é de uso individual. ✓ Interromper a medicação se ocorrer reações ao medicamento e comunicar imediatamente o enfer- 	

meiro/médico responsável.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA PARENTERAL

EXECUTANTE:	Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Oferecer dieta aos pacientes incapazes de receber nutrição enteral
MATERIAIS: Bolsa da nutrição parenteral (NP), bomba de infusão contínua (BIC), equipo de BIC, pacote de gaze estéril, luva de procedimento, máscara facial descartável, touca descartável, mesa auxiliar, e solução alcoólica (para desinfecção de conexões).	
AÇÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Conferir a bolsa da NP com a prescrição médica: nome completo, leito, tipo e volume da dieta, data e horário de infusão;2. Proceder a inspeção visual da solução parenteral, caso haja alguma alteração comunicar ao farmacêutico e devolver a bolsa;3. Levar o bolsa da NP e equipo de bomba de infusão ao posto de enfermagem para preparo;4. Confeccionar o rótulo com nome do paciente, volume total de infusão, data e hora, gotejamento de acordo com prescrição e nome do profissional que ir instalar a dieta;5. Higienizar as mãos;6. Retirar a bolsa da NP da embalagem plástica e realizar a mistura das soluções da bolsa;7. Retirar o equipo de bomba de infusão da embalagem;8. Colocar o equipo de forma asséptica e preencher o mesmo com a solução parenteral (retire bolha de ar, caso tenha alguma) e mantenha protegida sua extremidade com a tampa;9. Reunir o material, encaminhar ao leito do paciente;10. Conferir o nome completo do paciente com a pulseira de identificação;11. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;12. Colocar a bolsa de NP no suporte de soro;13. Instalar o equipo a bomba de infusão e programar infusão de acordo com a prescrição da médica;14. Friccionar as mãos com solução antisséptica alcoólica;15. Realizar a desinfecção dos conectores do acesso venoso;16. Conectar o equipo ao acesso;17. Certificar que a via do cateter é de uso exclusivo para a NP, em caso de cateter dupla via, optar pela via distal;18. Iniciar a infusão;19. Retirar as luvas de procedimento e descartar os materiais utilizados em local apropriado;20. Higienizar as mãos;21. Manter a unidade organizada;22. Checar na prescrição médica específica da NP a data, horário de instalação, volume infusão (gotejamento ml/h) e a assinatura de quem instalou;23. Realizar as anotações de enfermagem.	

OBSERVAÇÕES

- ✓ A bolsa deverá ser mantida em sua embalagem plástica até o momento da manipulação;
- ✓ A manipulação da bolsa deverá ser realizada com técnica asséptica, evitando sua contaminação;
- ✓ O equipo deverá ser trocado a cada bolsa de NP (24 horas);
- ✓ A NP deverá ser infundida por meio de fluxo controlado (bomba de infusão) com volume e vazão determinados pelo médico prescritor;
- ✓ Não adicionar nenhuma substância na bolsa de NP.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. SMELTZER, S.C; HINKLE, J.L, BARE, B.G, CHEEVER, K. H (Org). Bunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Ed. Guanabara Koogan, São Paulo, 2012, 2404p.
2. MATSUDA, C.S.T; SEPRA, L.F; CIOSAK, S.I (Org). Terapia nutricional enteral e parenteral. Consenso de boas práticas de enfermagem. Ed. Martinari, São Paulo, 2013, 359p.
3. BRASIL, COFEN. Resolução COFEN N° 453, de 16 de janeiro de 2014. Aprova a norma técnica que dispõem sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html. Acesso em: 10/12/2018.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 004

ADMISSÃO

EXECUTANTE:	Enfermeiros e técnicos de enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Realizar admissão do paciente no pronto socorro adulto.
MATERIAIS: ata de admissão, caneta, folha de evolução do paciente, SAE, avaliação de risco, pulseira de identificação, placa de identificação.	
EXECUÇÃO: Durante todo plantão sempre que o paciente for admitido.	
AÇÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;2. Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre as normas e rotinas do hospital;3. Coletar informações para contato com familiares;4. Fornecer autorização para confecção do crachá, se for necessário, ao acompanhante e realizar orientações ao mesmo.5. Orientar o paciente e/ou acompanhante em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira de plantão;6. Verificar sinais vitais;7. Instalar punção venosa;8. Administrar as medicações conforme prescrição médica;9. Realizar admissão do cliente no livro de censo específico;10. Providenciar placa de identificação e colocá-la na cabeceira do leito e providenciar pulseira de identificação do paciente;11. Solicitar o laboratório em caso de exames de urgência;12. Encaminhar o paciente para a realização dos exames solicitados e agendados;13. Realizar sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e avaliação de risco e identificar os riscos na cabeceira do leito;14. Traçar a assistência de enfermagem prestada e realizar as prescrições de enfermagem;15. Deixar o paciente confortável no leito;16. Manter o ambiente em ordem;17. Higienizar as mãos;18. Realizar as anotações no prontuário do paciente.	
FUNDAMENTAÇÃO TEORICA <ol style="list-style-type: none">1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.2. PRADO, M.L.; GELBECKE, F. L. Fundamentos de Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002	
ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 005

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL

EXECUTANTE:	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Fornecer aporte de oxigênio para melhorar o padrão respiratório do paciente.
MATERIAIS:	Umidificador, água destilada, cateter nasal, extensão de látex, fluxômetro de O ₂ , luva de procedimento
EXECUÇÃO:	Sempre que prescrito
AÇÕES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos 2. Reunir o material em mesa auxiliar e levar próximo ao leito do paciente. 3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante. 4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação 5. Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante. 6. Testar a fonte de oxigênio. 7. Montar o umidificador, colocando água destilada no umidificador observando o nível entre o mínimo e o máximo e conectar o cateter ao extensor de látex com umidificador. 8. Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro. 9. Calçar luvas de procedimento 10. Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/ cordão em torno da cabeça para prender o cateter firmemente, mas de maneira confortável. 11. Permanecer junto ao paciente, enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações. 12. Retirar luvas de procedimento 13. Friccionar as mãos com preparação alcoólica 14. Deixar paciente confortável no leito. 15. Desprezar o material utilizado em local próprio. 16. Manter o ambiente em ordem. 17. Higienizar as mãos 18. Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A equipe de enfermagem deve observar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações de pressão sanguínea, alteração mental e rebaixamento do nível de consciência. ✓ Não se faz necessário a umidificação quando oferta-se baixos fluxos de O₂ até 4l. ✓ Os umidificadores deverão ser trocados a cada 24 horas.
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:	<ol style="list-style-type: none"> 1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
ELABORADO POR:	Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

ALTA HOSPITALAR

EXECUTANTE:	Médico e equipe de enfermagem.
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento
MATERIAIS: Receituário médico; Presença do responsável.	
EXECUÇÃO: Sempre que houver alta do Setor.	
<p>AÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrever alta para o paciente no prontuário/prescrição, registrando o horário da alta e comunicar à equipe de enfermagem. • Equipe de enfermagem <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o paciente de alta hospitalar; 2. Comunicar sobre a alta do paciente ao serviço social, caso o mesmo não possua responsável; 3. Avaliar as habilidades do paciente para o autocuidado; 4. Retirar acessos venosos; 5. Providenciar trocas de curativos, se necessário; 6. Realizar as orientações necessárias ao acompanhante sobre a continuidade do tratamento, retorno e cuidados necessários; 7. Verificar se todos os pertences do paciente e acompanhante estão sendo levados, inclusive exames radiológicos; 8. Desmontar o leito e retirar identificação do paciente; 9. Realizar limpeza e desinfecção dos objetos utilizados no leito do paciente (bomba de infusão, monitor, suporte de soro, mesa de cabeceira, etc), conforme o POP n° 23; 10. Comunicar a equipe de higienização para proceder à limpeza terminal do leito; 11. Fazer a anotação das orientações no prontuário do paciente; 12. Realizar anotações de enfermagem e registrar no livro censo a alta, data e horário; 13. Verificar na folha de evolução ou prescrição, o registro de alta pelo médico, caso não tenha a informação, solicitá-la; <p>Colocar todos os papéis relativos ao paciente, incluindo o prontuário no escaninho específico.</p>	
<p>OBSERVAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ As altas especiais (evasão, a pedido e por indisciplina) deverão ser rigorosamente documentadas no relatório de enfermagem pelo enfermeiro. 	
<p>FUNDAMENTAÇÃO LEGAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HOSPITAL SÃO PAULO. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Registro da Orientação para Alta Hospitalar. [2012]. Disponível em: <http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2013/POP_Orientacao_de_alta.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2016. 2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 	
<p>ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.</p>	

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS INFERIORES EM PACIENTE INTUBADO

EXECUTANTE:	Fisioterapeuta / Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Retirar fluídos das vias aéreas do paciente.
MATERIAIS: Luvas de procedimento; Luva estéril; Gorro; Biombos; Óculos de proteção; Avental; Seringa de 20 ml; Máscara cirúrgica; Frasco de aspiração; 20 ml Água destilada; Sistema de aspiração; Extensão de látex; Sonda de aspiração conforme indicação; Fonte a vácuo.	
EXECUÇÃO: Conforme a prescrição de enfermagem ou sempre que necessário.	
AÇÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Reunir o material e levar próximo ao paciente;3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;6. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;7. Parar a infusão de dieta por SNG/SNE/SOG, se houver;8. Aspirar água destilada na seringa de 20 ml e reservá-la;9. Manter paciente em posição dorsal a 30° ou 45°;10. Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco de aspiração;11. Colocar avental descartável de mangas longas;12. Colocar óculos de proteção;13. Colocar máscara cirúrgica;14. Calçar luva estéril;15. Conectar a sonda de aspiração, com a mão dominante, à extensão do frasco de aspiração, sem retirar a mesma da embalagem;16. Ligar o aspirador com a mão não dominante;17. Ajustar a pressão do vácuo, garantindo que não ultrapasse de 50- 100 mmHg ou 5-10 cmH;18. Checar os sinais vitais do paciente e parâmetros ventilatórios antes de iniciar a aspiração;19. Desconectar o circuito do ventilador com a mão não dominante;20. Pinçar o intermediário da extensão de látex de aspiração;21. Introduzir, com a mão dominante, a sonda de aspiração no tubo orotraqueal (pinçada);22. Abrir a sonda e libere vácuo;23. Proceder a aspiração, no máximo de 15 segundos;24. Retirar a sonda com movimentos delicados e rápidos;25. Retornar o paciente ao ventilador;26. Repetir os itens 20 a 23 até a limpeza ou alívio do acúmulo de secreção traqueal;27. Usar a água destilada para limpeza da extensão;28. Proteger a extensão de látex com a embalagem da sonda de aspiração;29. Desligar o sistema de vácuo;30. Deixar paciente confortável no leito;31. Retirar luva;32. Retirar óculos de proteção;	

33. Retirar máscara cirúrgica;
34. Retirar avental de mangas longas;
35. Desprezar o material utilizado em local próprio;
36. Higienizar as mãos;
37. Manter o ambiente em ordem;
38. Realizar as anotações no prontuário do paciente;
39. Repetir o procedimento conforme a prescrição de enfermagem ou sempre que necessário.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Em casos de intercorrência com o paciente comunique a equipe médica.
- ✓ Caso o paciente apresente secreção espessa não utilize soro fisiológico e comunique a equipe médica.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES NO PACIENTE ADULTO

EXECUTANTE:	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Fisioterapeuta
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Retirar fluídos das vias aéreas superiores do paciente.
MATERIAIS: Luvas de procedimento; Gorro; Biombos; Óculos de proteção; Avental; Seringa de 20 ml; Máscara cirúrgica; Frasco de aspiração; 20 ml Água destilada; Sistema de aspiração; Extensão de látex; Sonda de aspiração conforme indicação; Fonte a vácuo.	
EXECUÇÃO: Conforme prescrição de enfermagem e sempre que necessário.	
AÇÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Reunir o material e levar próximo ao paciente;3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;6. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;7. Parar a infusão de dieta por SNG/SNE/SOG, se houver;8. Aspirar água destilada na seringa de 20 ml e reservá-la;9. Manter paciente em posição dorsal a 30° ou 45°;10. Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco de aspiração;11. Colocar avental de mangas longas;12. Colocar óculos de proteção;13. Colocar máscara cirúrgica;14. Calçar luva de procedimento;15. Ligar o aspirador com a mão não dominante;16. Segurar a face do paciente com a mão não dominante;17. Pinçar o intermediário da extensão de látex de aspiração;18. Introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir, quando estiver introduzida, com a mão dominante;19. Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;20. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade nasal;21. Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada);22. Abrir a válvula e retirar a sonda lentamente com movimentos circulares;23. Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral;24. Usar a água destilada para limpeza da extensão;25. Deixar paciente confortável no leito;26. Retirar luvas de procedimento;27. Retirar óculos de proteção;28. Retirar máscara cirúrgica;29. Retirar avental de mangas longas;30. Desprezar o material utilizado em local próprio;31. Higienizar as mãos;32. Manter o ambiente em ordem;	

33. Realizar as anotações no prontuário do paciente;
34. Repetir o procedimento conforme a prescrição de enfermagem e sempre que necessário.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Em casos de intercorrência com o paciente comunique a equipe médica.
Caso o paciente apresente secreção espessa não utilize soro fisiológico e comunique a equipe médica.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 009

BANHO NO LEITO

EXECUTANTE:	Técnicos de Enfermagem / Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH
OBJETIVO:	Proporcionar higiene e conforto ao paciente acamado.
MATERIAIS: Luvas de procedimentos; Biombos (se necessário); Hamper com saco plástico; Jarro com água morna; Bacia; Sabonete líquido ou Clorexidina; Shampoo e condicionador (quando necessário e disponível); Gazes não estéril; Toalhas; Creme hidratante; Roupas de camas; Camisola ou pijama; Fralda descartável (se necessário); Travesseiros e/ou coxins; Protetores de calcâneos (se necessário); Escova de cabelo/pente/ desodorante; Aparelho de barbear se necessário.	
EXECUÇÃO: Plantão diurno e sempre que necessário.	
AÇÕES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienize as mãos; 2. Reunir todo material necessário e levar ao leito do paciente; 3. Identifique-se ao paciente e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 4. Promover a privacidade do paciente colocando biombo; 5. Calçar luva de procedimento; 6. Testar a temperatura da água; 7. Realizar higiene ocular com gaze umedecida com SF0,9%; 8. Avaliar a necessidade de higiene do cabelo e couro cabeludo, se necessário usar shampoo, enxaguar com água, seque com uma toalha e penteie o cabelo; 9. Realizar tricotomia facial, se o paciente for do gênero masculino e se necessário; 10. Lavar o rosto, orelhas e pescoço com água e sabonete. Enxágue e seque com a toalha; 11. Trocar fixações de SNE, tubo endotraqueal ou traqueostomia, se for o caso; 12. Trocar as luvas de procedimento; 13. Retirar as roupas e fralda do paciente; 14. Utilizar a compressa com água morna e sabonete, em seguida enxágue e seque com uma toalha/lençol; 15. Higienizar o tórax e abdome e na sequência os membros superiores. 16. Higienizar os membros inferiores. 17. Lateralizar o paciente, higienizar o dorso e as nádegas, higienizar a região supra púbica e inguinal e proceda à higiene íntima. 18. Trocar as luvas de procedimento; 19. Virar o paciente em decúbito lateral; 20. Retirar a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente; 21. Realizar limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha; 22. Colocar um lençol limpo conforme técnica. O lençol deve ser estendido no sentido do paciente com um forro na região do quadril, estando enrolado e sendo esticado conforme for retirando o lençol sujo; 23. Mudar o decúbito do paciente; 24. Retirar a outra metade do lençol e o desprezar; 25. Realizar a limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha; 26. Finalizar a troca do lençol esticando as bordas de modo que não fiquem dobras sob o paciente e amarre suas pontas para não sair do lugar; 	

27. Cobrir o paciente com um lençol;
28. Deixar o paciente confortável no leito;
29. Levantar a grade da cama;
30. Recolher o material e desprezar em lixo apropriado;
31. Retirar os EPIs;
32. Higienizar as mãos;
33. Realizar anotações do procedimento no prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES

- ✓ O banho no leito deve ser feito por dois profissionais de enfermagem, sendo que em pacientes do sexo feminino, o procedimento deve ser sempre realizado com no mínimo um profissional do sexo feminino.
- ✓ A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma forma, em cada parte do corpo.
- ✓ Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das saliências ósseas, para a prevenção de lesão.
- ✓ Se o paciente for idoso, evitar fricção, pois a pele é mais suscetível a lesão.
- ✓ Sempre que o paciente tiver condições, estimular o autocuidado.
- ✓ Todos os curativos e fixações devem ser trocados durante o banho ou imediatamente após o término do banho.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. PRADO, Marta Lenise do. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.
2. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195>. Acesso em 20 de maio 2018.
3. PEREIRA, S. C.; ZORITA, L. A. Procedimento Operacional Padrão: Banho de aspersão com auxílio. São Paulo. UNIFESP, 2015

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 010

COLETA DE SWAB PARA VIGILÂNCIA

EXECUTANTE:	Enfermeiro e técnico de enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Coletar um esfregaço de células para exame diagnóstico em pacientes com suspeita de colonização por micro-organismos multirresistentes.
MATERIAIS: 02 swabs de algodão, 02 tubos estéreis, etiquetas de identificação, luvas de procedimento, avental de manga longa, máscara cirúrgica, biombos.	
EXECUÇÃO: Pacientes admitidos provenientes de outros serviços de saúde, onde tenham permanecido por um tempo igual ou superior a 48h ou que estejam em uso de dispositivos invasivos estéreis (sonda vesical de demora, cateter venoso periférico, cateter venoso central).	
<p>AÇÕES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material; 3. Identificar os tubos com o nome do paciente, data, leito, unidade de internação e tipo de swab (nasal e retal); 4. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 5. Dispor os biombos para promover privacidade; 6. Colocar o avental de manga longa; 7. Colocar a máscara cirúrgica; 8. Calçar as luvas de procedimento; 9. Posicionar o paciente em decúbito dorsal; 10. Abrir a embalagem do swab, retirar a haste de cotonete sem contaminá-lo; 11. Inserir o swab nasal no terço anterior da narina e girar em sentido único, repetir o mesmo movimento na outra narina; 12. Introduzir o swab no tubo estéril, colocando a ponta no meio de cultura; 13. Posicionar o paciente em posição de Sims; 14. Prosseguir a coleta do swab da pele e retal, retirando o mesmo da embalagem, sem contaminá-lo; 15. Friccionar a ponta do swab, em movimentos circulares, na região axilar e em seguida, na região inguinal (fazer em apenas um lado do corpo); 16. Utilizar o mesmo swab e inseri-lo cerca de 1 cm do canal anal e fazer movimentos circulares para coletar material das criptas anais; 17. Retirar o swab e certificar-se que existe coloração fecal no algodão; 18. Introduzir o swab no tubo estéril, colocando a ponta no meio de cultura; 19. Deixar o paciente confortável; 20. Retirar as luvas de procedimento; 21. Retirar a máscara cirúrgica; 22. Retirar o avental de manga longa; 23. Higienizar as mãos; 24. Encaminhar o material coletado ao laboratório, junto com o pedido de exame devidamente preenchido. 25. Realizar anotações do procedimento no prontuário do paciente. 	
OBSERVAÇÕES	
✓ A coleta dos swabs de vigilância é necessária para a identificação de pacientes colonizados e/ou	

infectados por micro-organismos multirresistentes a fim de promover as medidas preconizadas de precaução de contato, quando é positiva a presença desses agentes nos pacientes e também para nortear o tratamento antimicrobiano que será utilizado. Os pacientes devem ser mantidos em precaução de contato de vigilância até o resultado da cultura de vigilância.

✓ O pedido de exame de Swab de vigilância poderá ser preenchido por médico ou enfermeiro.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame a análise microbiológica e laudo final/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.- Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/iras_moduloProcedimentosLaborais.pdf. Acesso em: 19 abr. 2018.
2. BRASIL. LABORATÓRIO CENTRAL DO ESTADO DO PARANÁ. Manual de coleta e envio de amostras biológicas ao LACEN/PR. Curitiba: LACEN, 2012. Disponível em: http://www.lacen.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manuais/Manual_de_Coleta_e_Envio_de_Amostras_Biologicas_Rev_Nov_2017.pdf. Acesso em: 19 abr. 2018.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

COLETA DE URINA TIPO 1 E/OU UROCULTURA**EXECUTANTE:** Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH**OBJETIVO:** Coletar urina para exame.**MATERIAIS:** Cuba rim; Recipiente para coleta (frasco estéril); Equipamentos de proteção individual: capote, máscara, touca, óculos de proteção, luvas de procedimento; seringa e agulha; Etiqueta de identificação.**EXECUÇÃO:** Sempre que houver solicitação médica.**AÇÕES:****1. Paciente independente**

- 1.1. Higienizar as mãos;
- 1.2. Reunir o material;
- 1.3. Identificar o frasco de coleta com o nome do paciente, setor, leito, prontuário e data da coleta;
- 1.4. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- 1.5. Explicar o procedimento e finalidade;
- 1.6. Solicitar ao paciente para executar a higienização dos genitais, usando água e sabão neutro, enxugar com gaze ou compressa;
- 1.7. Orientar o paciente que despreze o primeiro jato de urina no vaso sanitário, e a seguir, colher a urina restante na cuba rim ou frasco coletor;
- 1.8. Calçar as luvas;
- 1.9. Passar a urina para o frasco devidamente identificado, quando for o caso;
- 1.10. Retirar luvas;
- 1.11. Higienizar as mãos;
- 1.12. Anotar procedimento realizado no prontuário do paciente;
- 1.13. Encaminhar os frascos bem tampados e sem respingos para o laboratório, junto com a solicitação médica.

2. Paciente acamado sem Sondagem Vesical de Demora

- 2.1. Higienizar as mãos;
- 2.2. Reunir o material;
- 2.3. Identificar o frasco de coleta com o nome do paciente, setor, leito, prontuário e data da coleta;
- 2.4. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- 2.5. Explicar o procedimento e finalidade;
- 2.6. Realizar sondagem vesical de alívio conforme POP nº 31;
- 2.7. Anotar procedimento realizado no prontuário do paciente;
- 2.8. Encaminhar os frascos bem tampados e sem respingos para o laboratório, junto com a solicitação médica.

3. Paciente acamado com Sondagem Vesical de Demora

- 3.1. Higienizar as mãos;
- 3.2. Clampear a extensão do coletor de urina sistema fechado e aguardar até quando tiver urina;
- 3.3. Reunir o material;

- 3.4. Identificar o frasco de coleta com o nome do paciente, setor, leito, prontuário e data da coleta;
- 3.5. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
- 3.6. Explicar o procedimento e finalidade;
- 3.7. Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- 3.8. Calçar luvas de procedimento e colocar EPIs;
- 3.9. Embeber uma bola de solução alcoólica 70%;
- 3.10. Realizar desinfecção na membrana de silicone do saco coletor de urina com a bola de algodão;
- 3.11. Conectar seringa e agulha com técnica correta. Dependendo do modelo da membrana de silicone, usar somente seringa de 20ml;
- 3.12. Puncionar membrana de silicone para coleta;
- 3.13. Coletar um volume de urina até a metade do frasco estéril (se possível) e tampá-lo;
- 3.14. Abrir o clamp da extensão do coletor de urina sistema fechado;
- 3.15. Deixar o paciente confortável no leito;
- 3.16. Desprezar o material utilizado em local próprio;
- 3.17. Retirar luva de procedimento e EPIs;
- 3.18. Higienizar as mãos;
- 3.19. Anotar procedimento realizado no prontuário do paciente;
- 3.20. Encaminhar os frascos bem tampados e sem respingos para o laboratório, junto com a solicitação médica.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A etiqueta de identificação do frasco deve ser colocada em um local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa.
- ✓ Pacientes com urgência urinária podem ser dispensados dessa retenção, anotando-se o fato na requisição.
- ✓ Se houver contaminação do material, colete nova amostra.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. BRASIL. ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Microbiologia clínica para o controle de infecção relacionada à assistência à saúde. Módulo 4: procedimentos laboratoriais da requisição do exame à análise microbiológica e laudo final. Brasília: 2013.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

EXECUTANTE:	Enfermeiros e técnico de enfermagem (designado pelo enfermeiro)
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Garantir o correto abastecimento dos materiais e medicamentos nos carros de emergência do setor, visando o pronto atendimento adequado aos pacientes em situações de emergência.

MATERIAIS: Impresso checklist; caneta.

EXECUÇÃO: Plantão diurno e Plantão noturno

AÇÕES:

1. Fazer a conferência do carrinho de emergência da sala vermelha e amarela, de acordo com o impresso;
2. Avaliar a conformidade dos materiais e medicamentos com relação à presença do item quantidade e validade;
3. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles que irão vencer no próximo mês, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada;
4. Corrigir as alterações encontradas (materiais vencidos ou em falta, medicamentos em quantidade insuficiente);
5. Repor todos os itens e ao termino lacrar;
6. Preencher formulário com número do novo lacre específico (checklist), no início do plantão;
7. Realizar teste do desfibrilador e registrar;
8. Manter carrinho conectado a tomada;
9. Usar os materiais e medicamentos apenas para uso emergencial.
10. Realizar limpeza externa do carrinho com álcool 70% em cada conferência;
11. Lacrar o carrinho após conferência e reposição;
12. Manter o carrinho em ordem e sempre no local pré-definido sem qualquer obstáculo a sua mobilização é dever de toda a equipe médica e de enfermagem.

OBSERVAÇÕES

- ✓ **Conferência Mensal:** Mensalmente, todos os carros de emergência serão conferidos. O enfermeiro deverá romper o lacre e realizar a conferência do quantitativo e da validade dos materiais e medicamentos; os que estiverem vencidos deverão ser substituídos (troca de medicamento junto a farmácia ou encaminhamento do material para reprocessamento).
- ✓ **Conferência Após Abertura:** Após a abertura e utilização de determinado item pertencente ao carro de emergência, o enfermeiro responsável pelo posto/setor deverá realizar a reposição dos itens utilizados.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE NO LEITO

EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH
OBJETIVO:	Evitar danos à integridade física do cliente, dos profissionais e do patrimônio. Reduzir o risco de tração/retirada acidental de dispositivos invasivos, curativos e outros. Permitir a realização de exames e procedimentos.
MATERIAIS:	Atadura crepe; Fita adesiva; Compressa limpa de pano; Lençol.
EXECUÇÃO:	Sempre que necessário e quando prescrito
AÇÕES:	<ol style="list-style-type: none">1. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar e realizar o exame físico específico.2. Higienizar as mãos.3. Reunir os materiais e encaminhá-los à unidade.4. Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira.5. Colocar o biombo ao redor do leito.6. Aplicar a contenção.<ol style="list-style-type: none">6.1. Mãos - Tipo Luvas<ol style="list-style-type: none">6.1.1 Dobrar a compressa de pano em quatro partes, e enrolá-la no sentido horizontal. Colocar na palma da mão do cliente.6.1.2 Pedir ao cliente que feche a mão ou fechá-la.6.1.3 Cobrir a mão com a atadura crepe, enrolando-a em toda a sua extensão até o punho.6.1.4 Fixar a atadura com fita adesiva.6.1.5 Repetir os procedimentos na outra mão.6.2 Punhos e Tornozelos<ol style="list-style-type: none">6.2.1 Dobrar a compressa de pano em três partes no sentido horizontal, formando uma faixa.6.2.2 Enrolar a compressa ao redor do punho ou do tornozelo.6.2.3 Envolver a compressa com a atadura, mantendo uma extremidade livre, enquanto a outra extremidade envolve o punho/tornozelo por mais três/quatro vezes.6.2.4 Cruzar as extremidades da atadura e dar um nó fixo, deixando uma folga de um ou dois dedos entre o nó e a pele do cliente.6.2.5 Colocar o membro em extensão.6.2.6 Prender as extremidades da atadura na grade lateral fixa da cama, deixando uma folga que permita movimentação leve do membro contido. Nas contenções em tornozelos, cruzar as extremidades para serem amarradas em lados opostos da cama.6.2.7 Repetir os procedimentos no outro punho ou tornozelo.6.3 Tórax e Ombros<ol style="list-style-type: none">6.3.1 Dobrar um lençol na diagonal, formando uma faixa com aproximadamente 30 centímetros de largura.6.3.2 Colocar a faixa sob o dorso do cliente, centralizada na altura do diafragma.6.3.3 Passar as extremidades da faixa pelas axilas e sobre os ombros no sentido cranial, no formato de alças de mochila.6.3.4 Cruzar as extremidades da faixa sob a nuca.6.3.5 Prender as extremidades cruzadas da faixa na grade posterior da cabeceira da cama.

6.4 Quadril

6.4.1 Colocar fralda descartável ou de tecido no cliente.

6.4.2 Dobrar dois lençóis na diagonal, formando faixas com aproximadamente 30 centímetros de largura.

6.4.3 Colocar uma faixa, centralizando-a sob as nádegas e outra, sobre a região pubiana.

6.4.4 Unir as extremidades das faixas de cada lado do cliente, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente o quadril.

6.4.5 Prender as extremidades das faixas enroladas nas grades laterais fixas da cama.

6.5 Joelhos

6.5.1 Dobrar dois lençóis na diagonal formando faixas com aproximadamente 30 centímetros de largura.

6.5.2 Colocar uma faixa sobre um dos joelhos e passá-la por baixo do joelho oposto. Repetir o procedimento com o outro joelho.

6.5.3 Unir as extremidades das faixas, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente os joelhos.

6.5.4 Prender as extremidades das faixas enroladas nas grades laterais fixas da cama.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o cliente seja a menos lesiva possível, devendo constar no projeto terapêutico. A abordagem verbal e os manejos ambiental e químico deverão preceder a intervenção mecânica.
- ✓ Aplicar as contenções mecânicas, sem prescrição médica, em situações de urgência/emergência e/ou descritas em protocolo institucional (risco de auto e hetero agressão física; risco imediato de tração de dispositivos invasivos, risco de queda e outros), mediante insucesso na abordagem verbal e no manejo ambiental. Comunicar ao médico, logo após.
- ✓ Nunca aplicar a contenção mecânica por conveniência, punição, disciplina e coerção. Explicar a indicação da contenção mecânica ao cliente e/ou familiar, esclarecendo o caráter não punitivo. Proporcionar ao cliente um ambiente privativo.
- ✓ Manter a cabeceira da cama elevada de 30 – 45°.
- ✓ Colocar o cliente com a contenção mecânica o mais próximo do campo de visão da enfermagem.
- ✓ Aferir e registrar os sinais vitais antes e após a contenção mecânica, para monitorização.
- ✓ Conter o membro abaixo de um acesso intravascular periférico, para evitar a constrição e infiltração da solução que estiver sendo infundida.
- ✓ Manter as contenções limpas e secas.
- ✓ Evitar conter uma região que possui uma lesão instalada ou problemas circulatórios.
- ✓ Evitar imobilizar um cliente em decúbito ventral, pois dificulta os movimentos respiratórios, além de limitar o seu campo visual.
- ✓ Monitorar a pele e a circulação dos membros contidos a cada 30 minutos, atentando para a presença de hiperemia, lesão, edema, cianose, palidez cutânea, extremidades frias e alterações de sensibilidade. Nesses casos, soltar as contenções e reavaliar a medida de contenção.
- ✓ Soltar as contenções a cada 2 horas, com supervisão, para que o cliente possa se movimentar, virar e respirar profundamente.
- ✓ Administrar os medicamentos para o manejo da agitação psicomotora, conforme prescrição médica.
- ✓ Reavaliar o comportamento/nível de consciência do cliente e a eficácia do medicamento a cada 2 horas, para identificar a necessidade ou não da manutenção das contenções. Comunicar ao médico.
- ✓ Manter vigilância sobre os riscos psíquicos das contenções, tais como: agravamento da confusão mental, humilhação, perda da autoestima, da memória e da dignidade, sentimento de abandono, depressão, medo, raiva e indiferença.
- ✓ Envolver o cliente, conforme aumenta o seu autocontrole, no processo decisório para passar a uma forma menos restritiva de intervenção.

- ✓ Capacitar a equipe de enfermagem para atuar com habilidade e segurança na contenção física e mecânica do cliente agressivo, confuso e/ou com agitação psicomotora.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Resolução Cofen nº 427/2012. Disponível em <<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n4272012-9146.html>>.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Indicação e prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico pelo médico. Resolução nº 1598/2000.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

CURATIVO DE CATETER DE CURTA PERMANÊNCIA

EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH
OBJETIVO:	Descrever a técnica de curativo de cateteres venosos centrais de curta permanência e prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter
MATERIAIS: Mesa auxiliar ou carro de curativo; Luva estéril; Luva de procedimento; Pacote de gaze estéril; Solução fisiológica; Clorexidina alcoólica 0,5%; Filme transparente (se houver); Etiqueta de identificação; Equipamentos de Proteção Individual (EPI).	
EXECUÇÃO: Micropore e gaze: a cada 24 horas ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido. Filme transparente: Trocar a cada 7 dias, de acordo com a orientação do fabricante ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou sangramento.	
AÇÕES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir os materiais, colocar na mesa auxiliar ou carro de curativo e levar próximo ao leito do paciente; 3. Identifica-se para o paciente e/ou acompanhante; 4. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado (Prescrição médica; Prescrição de enfermagem; Pulseira de identificação); 5. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado; 6. Promover a privacidade do paciente colocando o biombo; 7. Posicionar o paciente confortavelmente, expor apenas o local a ser tratado; 8. Higienizar as mãos; 9. Calçar as luvas de procedimento; 10. Retirar o curativo anterior delicadamente, observando o aspecto do curativo anterior. Se as gazes estiverem aderidas, umedecê-las com solução fisiológica 0,9% antes de retirá-las; 11. Descartar o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento. Descarte a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo anterior; 12. Higienizar as mãos; 13. Abrir todos os materiais necessários e colocar em campo estéril; 14. Calçar luvas estéreis para realizar o curativo; 15. Realizar limpeza com gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo; 16. Secar com gazes estéril; 17. Realizar a antisepsia com gazes umedecidas com clorexidina alcoólica a 0,5%, num raio maior ou igual a 5cm da inserção, com movimentos circulares unidirecionais a partir do sítio de inserção do cateter, utilizando uma gaze para cada movimento; 18. A área de canulação deve ser desinfetada com a aplicação completa de clorexidina alcoólica 0,5%; 19. Deixar secar espontaneamente; 20. Cobrir, preferencialmente com membrana transparente semipermeável, ou dobrar uma gaze estéril e colocá-la na inserção do cateter e ocluir com fita microporosa hipoalergênica; 21. Retirar luva estéril; 	

22. Higienizar as mãos;
23. Identificar o curativo com a data de realização;
24. Deixar o paciente confortável;
25. Calçar as luvas de procedimento;
26. Organizar o ambiente e desprezar o material utilizado em local apropriado;
27. Fazer a desinfecção do carro de curativo ou mesa auxiliar;
28. Retirar os EPI's;
29. Higienizar as mãos;
30. Checar e realizar anotações no prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Tipos de cateter central de curta permanência: mono lúmen, duplo lúmen simples e para hemodiálise (Shilley), Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) e cateter arterial para verificação de pressão arterial invasiva, e cateter de flebotomia.
- ✓ Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida.
- ✓ No caso de sujidades, sangramento e/ou exsudatos remova o curativo.
- ✓ Atentar para que não haja deslocamento do cateter. Caso ocorra, o mesmo não deverá ser reintroduzido.
- ✓ Em pacientes com discrasias sanguíneas, sangramento local ou para aqueles com sudorese excessiva utilizar a cobertura com gazes estéreis.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
2. Semiotécnica: Fundamentos para a Prática Assistencial de Enfermagem - 1a Edição Autor : Maria Paula, Eduarda Ribeiro Santos, Myria Silva. Data de publicação: 11/10/2016
3. Anamnese e exame físico : avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto [recurso eletrônico] / Organizadora, Alba Lucia Bottura Leite de Barros. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016.
4. Avaliação das práticas de curativo de cateter venoso central de curta permanência. Maria Laura Silva GomesI ; Gabriel Angelo de AquinoII; Livia Moreira BarrosIII; Patrícia Aquino de QueirozIV; Francisca Jane Gomes de OliveiraV ; Joselany Áfio CaetanoVI. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017; 25:e18196. Acesso: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18196>

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

CURATIVO DE FERIDA OPERATÓRIA POR PRIMEIRA INTENÇÃO

EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH
OBJETIVO:	Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações.
MATERIAIS: Mesa auxiliar ou carro de curativo; Luva estéril; Luva de procedimento; Pacotes de gaze estéril; Solução fisiológica ; Fita microporosa hipoalergênica ou filme transparente; Etiqueta de identificação; Equipamentos de Proteção Individual (EPI).	
EXECUÇÃO: A cada 24 horas e em período inferior a este caso a cobertura não esteja bem aderida, esteja molhada ou suja.	
AÇÕES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir os materiais, colocar na mesa auxiliar ou carro de curativo e levar próximo ao leito do paciente; 3. Confirmar o nome do paciente; 4. Identifica-se para o paciente e/ou acompanhante; Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado; 5. Promover a privacidade do paciente colocando o biombo; 6. Posicionar o paciente confortavelmente, expor apenas o local a ser tratado; 7. Higienizar as mãos; 8. Colocar EPIs; 9. Calçar as luvas de procedimento; 10. Retirar o curativo anterior delicadamente, observando o aspecto do curativo anterior. Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las com solução fisiológica 0.9% antes de retirá-las; 11. Descartar o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento. Descarte a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo anterior; 12. Higienizar as mãos; 13. Abrir todos os materiais necessários e colocar em campo estéril; 14. Calçar luvas estéreis para realizar o curativo utilizando a técnica asséptica; 15. Umedecer a gaze com solução fisiológica 0,9% e remover a sujidade da ferida; 16. Limpar primeiro a incisão com movimentos suaves, utilizando uma face da gaze para cada movimento de forma unidirecional iniciando pela parte mais limpa; 17. Limpar a ferida com solução fisiológica 0,9% e aplicar álcool 70%; 18. Proceder a limpeza até as gazes saírem limpas; 19. Secar a incisão e a região ao redor da ferida; 20. Ocluir a ferida com gazes e fixar com o curativo com fita microporosa ou filme transparente; 21. Higienizar as mãos; 22. Identificar o curativo com a data de realização; 23. Deixar o paciente confortável; 24. Calçar as luvas de procedimento; 25. Organizar o ambiente e desprezar o material utilizado em local apropriado; 26. Fazer a desinfecção do carro de curativo; 	

27. Retirar os EPI's;
28. Higienizar as mãos;
29. Checar e anotar as características da ferida como: local, aspectos, tipo e quantidade de exsudato, dor, cobertura utilizada e orientações dadas ao paciente/família.

OBSERVAÇÕES

- ✓ O curativo oclusivo está indicado nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Após esse período é aconselhável manter a ferida sem cobertura. Caso haja exsudação, o curativo oclusivo deve ser mantido até que cesse a drenagem.
- ✓ Ferida em Mucosa Genital com Pontos Orientar o paciente lavar com água e sabonete, após cada micção e ou evacuação.
- ✓ Ferida em Mucosa Genital Infectada Lavar com água e sabonete, após cada micção e ou evacuação; fazer limpeza do local com solução fisiológica 0,9%. Secar em seguida com gaze estéril.
- ✓ A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.
- ✓ Recomenda-se permanecer com curativo estéril por 24 a 48 horas, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica; substituir o curativo antes das 24 h ou 48 h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico.
- ✓ Manter o curativo oclusivo nas primeiras 24 horas com gaze e micropore ou filme transparente.
- ✓ A ferida operatória deve ser avaliada diariamente quanto à necessidade de oclusão.
- ✓ Curativo com filme transparente diretamente sobre a ferida operatória pode permanecer por até 7 dias (avaliação diária), considerando as recomendações do fabricante, condições clínicas do paciente, localização da ferida, tipo do material do curativo, taxas de infecções, etc.
- ✓ Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada.
- ✓ Na presença de exsudatos e/ou sinais flogísticos comunicar ao médico e ao Serviço de controle de Infecção hospitalar (SCIH).
- ✓ Técnica de curativos realizada com luvas devem ser feita de forma a não contaminar o campo em que elas ficam armazenadas e a manipulação do material a ser utilizado deve ser feita somente com a mão dominante que permanecerá contaminada e a mão dominante "estéril" manipulará o material estéril. Além disso, poderá contar também com a ajuda de outro profissional para auxiliar no procedimento.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto [recurso eletrônico], 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
3. PAULA, Maria; SANTOS, Eduarda Ribeiro. Semiotécnica: Fundamentos para a Prática Assistencial de Enfermagem - 1a Edição. 2016.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

ELETROCARDIOGRAMA**EXECUTANTE:** Enfermeiro e técnico de enfermagem**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto**OBJETIVO:** Realizar ECG conforme necessidade do cliente do PS adulto. Registrar a atividade elétrica cardíaca.**MATERIAIS:** Aparelho de eletrocardiograma, eletrodos descartáveis, papel milimetrado, luvas de procedimento, biombos.**EXECUÇÃO:** Sempre que houver solicitação médica e sempre que necessário.**AÇÕES:**

4. Conferir no escaninho se há pedidos de exame;
5. Verificar se o pedido está datado, carimbado e assinado pelo médico;
6. Chamar o paciente pelo nome, confirmar com o paciente e pela a pulseira de identificação, nome completo e data de nascimento;
7. Encaminhar o paciente à sala de eletrocardiograma, ou em caso de o paciente não ter condições de ir até lá, trazer o ECG até o paciente;
8. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
9. Manter a privacidade do paciente fechando a sala ou colocando biombos em volta do paciente;
10. Higienizar as mãos;
11. Calçar luvas de procedimento, quando necessário;
12. Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos;
13. Posicionar o paciente no leito ou mesa de exame;
14. Abaixar a cabeceira do leito a 0°, exceto quando contraindicado;
15. Expor o tórax do paciente;
16. Posicionar os eletrodos descartáveis:
 - V1: quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno.
 - V2: quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno.
 - V3: entre V-2 e V-4. No entanto, deve-se colocar V-4 primeiro.
 - V4: quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular à esquerda.
 - V5: quinto espaço intercostal, na linha axilar anterior à esquerda.
 - V6: quinto espaço intercostal, na linha axilar média esquerda.
 - Eletrodo RA: braço direito.
 - Eletrodo LA: braço esquerdo.
 - Eletrodo RL: perna direita.
 - Eletrodo LL: perna esquerda
17. Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos;
18. Pressionar o botão de ligar do aparelho;
19. Pressionar a tecla F1 para fazer a identificação do paciente;
20. Digitar o nome completo, data de nascimento e se é portador ou não de marca passo;
21. Pedir para que o paciente não converse nem se mova e manter longe do paciente qualquer aparelho eletrônico para evitar possíveis interferências no exame.
22. Apertar “Enter” e aguardar a leitura de um traçado sem interferências;
23. Pressionar a tecla “PRINT” para imprimir o resultado;

24. Desligar o aparelho;
25. Desconectar os cabos e retirar os eletrodos do paciente;
26. Organizar a sala e os materiais;
27. Higienizar as mãos.

28. Para realizar D2 longo

1. Apertar F6/ configurações;
2. Selecionar modo de trabalho;
3. Selecionar R-R na opção “Modo”;
4. Selecionar 6x1 na opção “Estilo da tela”;
5. Apertar “Enter” e aguardar a leitura de um traçado sem interferências;
6. Pressionar a tecla “PRINT” para imprimir o resultado;

OBSERVAÇÕES

- ✓ O eletrocardiograma (ECG) é um registro da atividade elétrica do coração, e reflete o evento resultante das células cardíacas. O traçado eletrocardiográfico forma uma série de ondas e complexos, onde capta os impulsos elétricos do músculo cardíaco, fornecendo um traçado característico que permite a identificação de eventuais cardiopatias.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. MOFFA, P.J. et al. Eletrocardiografia. In: Nobre F. et al. Tratado de Cardiologia, Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). 1.ed., Barueri: Manole, 2005.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso. Arq Bras Cardiol, vol 80, supl. II, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v80s2/a01v80s2.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

EXECUTANTE:	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

MATERIAIS: Preparação alcoólica sob forma de gel, espuma ou líquida.

EXECUÇÃO: Sempre que necessário

AÇÕES:

1. Certificar que as mãos não estejam visivelmente sujas.
2. Friccionar por 20 a 30 segundos, aproximadamente.
3. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente da preparação alcoólica suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos – seguir as orientações do fabricante.
4. Friccionar as palmas das mãos entre si.
5. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (vice-versa), entrelaçando os dedos.
6. Friccionar a palma das mãos com os dedos entrelaçados.
7. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (vice-versa) segurando os dedos.
8. Friccionar o polegar direito com o auxílio da mão esquerda (vice-versa), utilizando movimento circular.
9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma direita, fechada em concha (vice-versa), fazendo movimento circular.
10. Friccionar os punhos com movimentos circulares.
11. Deixar as mãos secarem naturalmente.

OBSERVAÇÕES

Friccione nas mãos, da seguinte maneira:



FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 529/2013 – Instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. RDC ANVISA 36/2013 – Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem / Enfermeiro

ÁREA: Setor de Urgência e Emergência Adulto

OBJETIVO: Remover a microbiota transitória das mãos.
Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

MATERIAIS: Água corrente, sabonete líquido, papel toalha

EXECUÇÃO: Sempre que necessário seguindo os cinco momentos de higienização das mãos

AÇÕES:

1. Higienizar as mãos por 40 a 60 segundos, no mínimo;
2. Abrir a torneira;
3. Molhar as mãos e punhos;
4. Aplicar, na palma da mão, quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos - mais ou menos 5 ml do produto;
5. Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si;
6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa.
7. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
9. Esfregar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
10. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
11. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimentos circulares, e vice-versa;
12. Enxaguar as mãos com água corrente, retirando os resíduos de sabonete;
13. Evitar o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
14. Secar as mãos com papel toalha e após os punhos;
15. Fechar a torneira com o papel toalha, se a torneira não possuir fotossensor;
16. Desprezar o papel toalha no local adequado.

OBSERVAÇÕES



FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 529/2013 – Instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. RDC ANVISA 36/2013 – Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2013.
3. REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). Estratégias 1: Higienização das mãos. In: _____. Estratégias para segurança do paciente – Manual para profissionais de saúde. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2013.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Setor de Urgência e Emergência Adulto

POP N° 020

HIPODERMÓCLISE

EXECUTANTE: Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem

ÁREA: Setor de Urgência e Emergência Adulto

OBJETIVO: Instalar cateter no espaço subcutâneo, para manutenção de uma via de acesso que possibilite a administração de fluidos no tecido subcutâneo (de forma contínua ou intermitente).

MATERIAIS: Bandeja; Luvas de procedimento; Solução antisséptica (álcool 70%); Gaze não-estéril ou bola de algodão; Cateter não-agulhado (jelco 20G a 24G) ou íntima (22G ou 24G); Agulha 40 x 12 mm; Seringa de 5ml; Extensor de duas vias (Polifix); Flaconete de 20 ml de soro fisiológico a 0,9%; Cobertura transparente para punção ou IV fix; Esparadrapo ou fita micropore.

EXECUÇÃO: Quando não houver acesso venoso periférico em pacientes em cuidados paliativos.

AÇÕES:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Reunir todo material necessário;
3. Confirmar o nome do paciente;
4. Explicar ao paciente e/ou familiar sobre o procedimento;
5. Preencher o extensor de duas vias com soro fisiológico 0,9%;
6. Avaliar regiões anatômicas e escolher o local da punção (figura 1);
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Realizar a antisepsia da pele com álcool 70%;
9. Realizar uma prega na pele no local a ser puncionado;
10. Introduzir o cateter, com ângulo de 45° em relação à pele, com o bisel da agulha voltado para cima;
11. Remover e desprezar o mandril do cateter;
12. Conectar a seringa de 5 ml no cateter e aspirar para se certificar que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
13. Se houver retorno sanguíneo, retire o acesso e repita a punção a uma distância de pelo menos 5 cm da punção original;
14. Acoplar o extensor de duas vias preenchido com soro fisiológico 0,9%;
15. Fixar o cateter com cobertura estéril (IV fix ou filme transparente);
16. Identificar o curativo (data, calibre do cateter utilizado, nome do profissional que realizou o procedimento);
17. Retirar as luvas de procedimentos;
18. Realizar a higienização das mãos;
19. 18. Documentar em prontuário a realização do procedimento.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A punção deve ser sempre em direção centrípeta (ao centro);
- ✓ Caso os volumes prescritos sejam superiores a 1500 ml por dia, será necessário um segundo acesso no lado oposto à primeira instalação;
- ✓ Se houver prescrição de medicamentos incompatíveis para infusão por um único acesso, também é necessária a instalação de um acesso adicional.

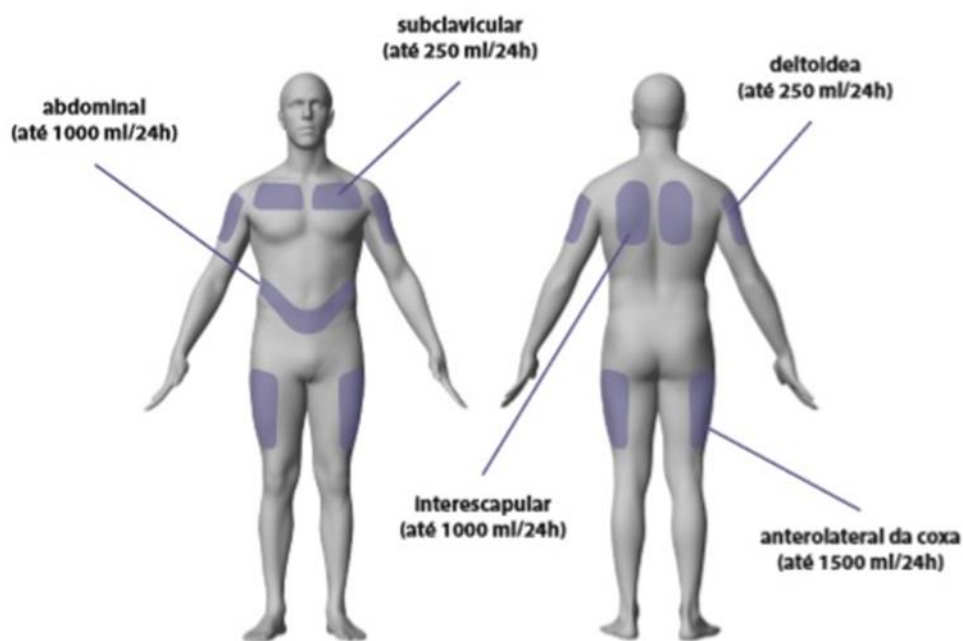


Figura 1: Sítios de punção subcutânea para hipodermólise. Fonte: AZAVEDO, 2016.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- 1- AZAVEDO, DL. O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos. Um Guia Da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) E Da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) para profissionais. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, 2016. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf> Acessado em 20 abr. 2018.
- 2- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

EXECUTANTE:	Enfermeiro e técnico de enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Proporcionar segurança para o paciente e equipe na prestação dos cuidados.
MATERIAIS:	Etiqueta de identificação, pulseira de identificação, impresso de identificação, caneta.
EXECUÇÃO:	Na admissão do paciente

AÇÕES:

1. Preencher o impresso de identificação do paciente para colocar na placa de identificação da cabeceira do leito;
2. Conferir os identificadores, contidos na pulseira branca confeccionada pelo NIR, com o prontuário do paciente, nome, nome da mãe e data de nascimento e número do prontuário;
3. Higienizar as mãos;
4. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
5. Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre a utilização da pulseira, sua importância, função e cuidados com a mesma;
6. Colocar a pulseira no antebraço esquerdo e o impresso de identificação do paciente na placa de identificação na cabeceira do leito;
7. Deixar o paciente confortável no leito;
8. Higienizar as mãos.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Ao abordar o paciente para qualquer procedimento, o profissional de saúde deverá confirmar o nome do paciente através dos dados contidos na pulseira e/ou na placa de identificação.
- ✓ Enquanto permanecer na demanda, o paciente ficará com a etiqueta de identificação convencionada pelo setor de acolhimento. Caso perca a etiqueta, o enfermeiro, ou técnico de enfermagem do SUEA deverá preencher nova etiqueta.
- ✓ Nos casos de perda da pulseira, dados ilegíveis ou que seja necessário retirá-la, solicite uma nova pulseira ao setor de internação.
- ✓ Caso haja necessidade de retirada da pulseira de identificação, o profissional responsável pela retirada deverá providenciar imediatamente a colocação de nova pulseira.
- ✓ Na impossibilidade de identificação através de pulseira por indisponibilidade ou falta de membros, outras estratégias serão utilizadas, tais como placa de identificação.
- ✓ Cabe a toda equipe de saúde zelar pela manutenção das pulseiras de identificação nos pacientes e orientar o paciente ou familiar da importância de mantê-la.
- ✓ PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, solete) seu nome completo e data de nascimento.
- ✓ SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se o registro encontra-se legível. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.
- ✓ NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva? ”, porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- ✓ NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
2. MS; ANVISA; FIOCRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 2-Protocolo de Identificação do Paciente. 2013.
3. MS; ANVISA. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, VOL 1, N.1, Jan-Jul de 2011.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

IDENTIFICAÇÃO E TROCA DO SISTEMA DE INFUSÃO

EXECUTANTE: Técnico de Enfermagem e Enfermeiro

ÁREA: Setor de Urgência e Emergência Adulto

OBJETIVO: Identificar e trocar o sistema de infusão de dieta, soro, sangue e de medicações (equipo, conectores, extensores).

MATERIAIS: Luvas de procedimento; Equipo; Solução alcoólica a 70%; Caneta; Gaze estéril; Extensão para equipos; Polifix; Fita crepe.

EXECUÇÃO: Conforme orientações descritas na observação deste POP.

AÇÕES:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Calçar a luva de procedimento;
7. Conectar equipos e extensões à solução de infusão do paciente;
8. Realizar desinfecção das conexões e retirá-las;
9. Conectar imediatamente a extensão ao cateter, utilizando sistema fechado;
10. Desprezar o material utilizado em local próprio;
11. Retirar luvas de procedimentos;
12. Identificar os equipos e extensões com a data e nome do profissional;
13. Deixar o paciente confortável no leito;
14. Higienizar as mãos;
15. Manter o ambiente em ordem;
16. Realizar as anotações no prontuário do paciente.

• **Técnico de enfermagem**

1. Identificar os frascos com soluções que serão infundidos no paciente. O medicamento deverá ser instalado assim que preparado. Em caso de intercorrências que impossibilitem a infusão imediata, deverá ser observado o tempo de estabilidade e o local de armazenamento.
2. Identificar o sistema de infusão, fixando uma fita adesiva com os dados de identificação, abaixo da ampola de gotejamento.
3. Verificar se os equipos, já em uso, estão identificados e se estão dentro do aprazamento instituído, no início de cada plantão. Trocar o equipo e comunicar ao enfermeiro. O enfermeiro deverá identificar o profissional que não seguiu a norma, orientá-lo e propor educação em serviço para toda a equipe.
4. Trocar o sistema de infusão após o banho, se for o caso, para padronização. Caso não seja possível seguir a padronização de troca após o banho, seguir com o aprazamento instituído.

• **Enfermeiro**

1. Confirmar a identificação dos frascos de soluções que serão infundidas no paciente, das bolsas dos hemocomponentes e dietas parenterais.

2. Supervisionar o cumprimento das normas;
3. Identificar qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso;
4. Tomar ações preventivas e propor educação em serviço;
5. Registrar no Vighosp;
6. Anotar no prontuário.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Os equipos de infusão deverão ser trocados:
 - Equipo de Infusão Venosa trocar a cada 96 horas do poliuretano e 72 horas teflon.
 - Equipo de microgotas - Bureta trocar a cada 24 horas
 - Soroterapia e medicamentos sob infusão intermitente – após o uso (equipo com gotejamento gravitacional);
 - Administração de quimioterápicos – a cada infusão
 - Dieta enteral – 24 horas
 - Equipo de Infusão de NPT trocar a cada etapa da infusão
 - Equipo para Transfusão de Hemoderivados Trocar a cada etapa. O tempo de infusão não poderá exceder 4 horas
 - Polifix Trocar a cada 96 horas, ou sempre que apresentar sujidade visível.
 - Tree way (Torneirinha) trocar a cada 96 horas
 - Pressão venosa central (PVC) – 24 horas
 - Pressão Intra-Arterial (PAI) – a cada cinco dias, com sistema fechado, usar o equipo durante toda permanência da mesma.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 529/2013 – Instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. RDC ANVISA 36/2013 – Instituir ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: 2013.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE**EXECUTANTE:** Equipe de enfermagem**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto**OBJETIVO:** Manter as superfícies limpas minimizando os riscos de contaminação e infecção no ambiente hospitalar.**MATERIAIS:** Luvas de procedimento, avental de manga longo, compressas, sabão neutro e álcool 70%; desinfetante (Aniosurf); Baldes ou cuba rim.**EXECUÇÃO:** Sempre que necessário.**AÇÕES:**

1. Higienizar as mãos;
2. Separar e organizar o material;
3. Colocar avental de manga longa;
4. Colocar as luvas de procedimento;
5. Colocar água nos dois recipientes, um com água e o outro com água e detergente neutro;
6. Retirar os objetos que estiverem sobre o a superfície para limpeza da mesma;
7. Realizar a limpeza da bomba de infusão, cabos de monitor e monitor, suporte de soro, biombos, mesas de cabeceira, etc;
8. Retirar a excesso de sujidades com pano úmido;
9. Umedecer outro pano com a solução de água e detergente neutro hospitalar, e passar por toda a superfície e bordas;
10. Usar movimentos unidirecionais;
11. Retirar o detergente de toda a superfície e bordas com o pano umedecido com água;
12. Secar toda a superfície com um pano limpo e seco;
13. Realizar a fricção em toda a superfície e bordas, em movimentos unidirecionais com compressa embebida em solução alcoólica 70% ou desinfetante (Aniosurf);
14. Esperar secar espontaneamente;
15. Desprezar o material utilizado em local próprio;
16. Retirar luvas de procedimento;
17. Retirar avental;
18. Higienizar as mãos;
19. Organizar os materiais;
20. Manter o ambiente em ordem.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Locais frequentemente tocados pelas mãos, como superfícies dispostas ao lado dos pacientes, são considerados de maior risco para transmissão de microrganismos. A responsabilidade pela limpeza desses locais, frequentemente tocados pelas mãos, nem sempre é dos trabalhadores do serviço de limpeza da unidade, já que suportes de soro, mesas de cabeceira, biombos e bombas de infusão são mais comumente limpos pelos profissionais de enfermagem. A descontaminação de equipamentos clínicos mais delicados também é responsabilidade desses profissionais.
- ✓ Em caso de sujidade macroscópica, retirar este excesso com auxílio de papel toalha, sempre manter-se paramentado com os EPI's para tal procedimento.
- ✓ Para a limpeza de superfície que acomodem equipamentos elétricos, atentar que antes da limpeza destas, retirar os mesmos da tomada, e após secagem e desinfecção com álcool, religa-los a rede

elétrica.



Fig. Tipos de superfícies.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL :

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies, 2015.
2. FERREIRA, Adriano Menis et al . Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 557-564, June 2011.
3. MOLINA, E. Limpeza e Desinfecção de Áreas Hospitalares e Anti-sepsia. São Paulo, Bela Vista, 2013.
4. PAULINO, I. GONÇALVES J. Noções Básicas sobre o Controle e a Profilaxia da Infecção Hospitalar para a Enfermagem. 2ª Edição Laboratórios de B. Braun, 2011.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA**EXECUTANTE:** Enfermeiro e técnico de enfermagem**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto**OBJETIVO:** Analisar o estado hemodinâmico do paciente.**MATERIAIS:** Monitor cardíaco, cabo de 5 derivações, cabo com braçadeira de aferição de pressão arterial, cabo com oxímetro de pulso, eletrodos descartáveis, luvas de procedimento.**EXECUÇÃO:** Monitorização de pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica.**AÇÕES:**

1. Higienizar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Dispor os biombos em volta do leito do paciente;
5. Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos;
6. Posicionar o paciente no leito;
7. Expor o tórax do paciente;
8. Colocar os eletrodos no tórax do paciente na seguintes posições:
 - 1 no segundo espaço intercostal à direita
 - 1 no segundo espaço intercostal à esquerda
 - 1 no quinto espaço intercostal à direita
 - 1 no quinto espaço intercostal à esquerda
 - 1 no centro do tórax
9. Conectar os cabos nos eletrodos da seguinte forma:
 - Cabo vermelho no eletrodo superior à direita;
 - Cabo amarelo no eletrodo superior à esquerda;
 - Cabo preto no eletrodo inferior à direita;
 - Cabo verde no eletrodo inferior à esquerda;
 - Cabo branco no eletrodo central
10. Conectar o oxímetro de pulso no dedo indicador do paciente;
11. Conectar a braçadeira de pressão arterial no membro superior do paciente oposto ao que está ligado o oxímetro;
12. Ligar o monitor cardíaco;
13. Observar o traçado do ritmo cardíaco e a frequência registrada;
14. Acionar o botão para aferição da pressão arterial;
15. Ajustar alarmes e parâmetros
16. Checar as derivações;
17. Deixar o paciente confortável no leito;
18. Retirar as luvas de procedimento;
19. Retirar os biombos;
20. Higienizar as mãos;
21. Anotar na papeleta do paciente os valores da frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio;
22. Realizar troca dos eletrodos após o banho e/ou sempre que necessário.

OBSERVAÇÕES

- ✓ A monitorização hemodinâmica é fundamental na abordagem ao paciente crítico ou potencialmente crítico tanto para o diagnóstico, tratamento, quanto para a prevenção de alterações hemodinâmicas graves, pois permite a detecção precoce de alterações que podem predispor ao desenvolvimento de complicações.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

1. SILVA, W. O. Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2013;12(3):57-65. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v12n3a07.pdf. Acesso em: 16 abr. 2018.
2. SALLUM, A.M.C.; PARANHOS, W.Y. O enfermeiro e as situações de emergência. 2 ed. Editora Atheneu. 2010.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE**EXECUTANTE:** Técnico de enfermagem**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto**OBJETIVO:** Proporcionar condições dignas no cuidado com o corpo pós morte.**MATERIAIS:** EPI's; Pacote de gazes; Saco de óbito; Luvas de procedimento; Maca; Biombo; Lençóis; Atadura Crepe 15 cm; Tesoura / lâmina de bisturi; Etiqueta de identificação; Esparadrapo; Seringa de 20ml; Hamper.**EXECUÇÃO:** Sempre que necessário.**AÇÕES:**

1. Certificar-se da confirmação de óbito pelo médico;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir material, encaminha-lo ao leito;
4. Conferir o nome do paciente pela placa e pela pulseira de identificação;
5. Colocar avental descartável de manga longa;
6. Calçar luvas de procedimentos;
7. Cercar o leito com biombos durante o preparo;
8. Elevar ligeiramente a cabeceira do leito deixando os membros alinhados;
9. Retirar do corpo do paciente: sondas, cateteres, roupas, drenos e pertences;
10. Colocar prótese dentária se houver;
11. Fechar os olhos com auxílio de esparadrapo caso necessário;
12. Proceder à limpeza do corpo;
13. Remover os curativos, mantendo oclusivos se necessário;
14. Suspender a mandíbula com atadura de crepom;
15. Unir as mãos e amarrá-las sobre tórax com atadura de crepe;
16. Unir os pés e amarrá-los com atadura de crepe;
17. Identificar o corpo com rótulo feito com esparadrapo. A identificação deverá ser colocada no tórax do cliente e no invólucro (caso não haja invólucro específico, colocar a identificação sobre o lençol usado para envolver o corpo, contendo os seguintes dados: nome completo do paciente, número do prontuário, data de nascimento, data e hora do óbito, nome da unidade, leito e nome do hospital);
18. Colocar o corpo dentro do saco de óbito e fechar o zíper, quando houver;
19. Auxiliar a transferência do corpo para maca;
20. Cobrir o corpo com um lençol e colocar sobre ele as duas vias da ficha de identificação de cadáver e o relatório do SVO/IML quando houver;
21. Providenciar o transporte do corpo para o necrotério. Solicitar o maqueiro para encaminhar o corpo ao necrotério, entregando a ficha de identificação de cadáver em duas vias devidamente preenchidas e registrar o encaminhamento;
22. Após o encaminhamento do corpo ao necrotério o maqueiro deverá entregar uma via de identificação assinada (pelo responsável que recebeu o corpo no necrotério) e o enfermeiro deverá anexá-la ao prontuário;
23. Desprezar o material utilizado em local próprio;
24. Retirar luvas de procedimento;
25. Retirar avental descartável de manga longa;
26. Higienizar as mãos;
27. Providenciar limpeza terminal no setor de higienização no ramal 8251;

28. Realizar as anotações no prontuário do paciente;
29. Entregar os pertences e a Declaração de óbito ao familiar, quando for o caso.

OBSERVAÇÕES

- ✓ O preparo do corpo deverá ser feito por 02 técnicos de enfermagem;
- ✓ Não realizar tamponamento dos orifícios corporais, exceto quando estritamente necessário;
- ✓ Caso a família queira ver o paciente logo após o óbito, realizar a limpeza do ambiente, retirando todos os equipamentos que foram utilizados na reanimação;
- ✓ Durante ou após o preparo do corpo evitar comentários desnecessários, mantendo uma atitude de respeito com o corpo.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 7ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
3. TIMBY, B.K.; Atendimento de Enfermagem: conceitos e habilidades fundamentais. 6ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto SUE/DE/DAS/HC/UFG/EBSERH
OBJETIVO:	Instalar um cateter no espaço intravenoso periférico para manutenção de uma via de acesso que possibilite a infusão de soluções ou administração de medicamentos (contínua ou intermitente).
MATERIAIS:	Bandeja; Garrote; Álcool 70% ou clorexidina alcoólica; Algodão/gaze; Cateter agulhado (escalpe) ou não-agulhado (jelco/íntima); Fita adesiva (esparadrapo) ou hipoalergêncica (micropore); Luvas de procedimento; Seringa; Flaconete de 20 ml de solução fisiológica a 0,9%; Equipo, se necessário; Solução para infusão, se necessário; Extensor de duas vias (polifix) ou <i>three-way</i> (“torneirinha”); Fixador estéril (IV fix), ou fixador estéril transparente; Caneta.
EXECUÇÃO:	Sempre que necessário.
AÇÕES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Reunir o material em uma bandeja previamente limpa; 3. Preencher o extensor múltiplas vias e equipo com SF 0,9%, quando necessário; 4. Conferir o nome do paciente com a placa e pulseira de identificação; 5. Explicar o procedimento ao paciente/ acompanhante; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Expor a área a ser puncionada e verificar a rede venosa; 8. Pedir ao paciente para abrir e fechar a mão várias vezes; 9. Garrotear acima do local a ser puncionado (5 a 15 cm do local da punção venosa); 10. Selecionar a veia a ser puncionada; 11. Pedir ao paciente que feche a mão; 12. Realizar a antisepsia do local com algodão embebido com álcool a 70%; 13. Aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção; 14. Manter algodão seco ao alcance das mãos, bem como micropore e esparadrapo pré-cortados; 15. Tracionar a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado; 16. Introduzir o cateter venoso ou agulha na pele, com o bisel voltado para cima, com um ângulo aproximado de 30° a 45°; 17. Uma vez introduzido na pele, direcionar o cateter ou a agulha e introduzi-lo na veia (caso esteja sendo utilizado um cateter com mandril, tipo abocath, introduzir o cateter com o mandril no interior da veia, removendo o mandril logo após o refluxo do sangue); 18. Soltar o garrote; 19. Pedir para o paciente abrir a mão; 20. Conectar o extensor múltiplas vias/three-way ao cateter 21. Aplicar o fixador estéril no sítio da punção; 22. Retirar as luvas de procedimento; 23. Identificar a punção com data, calibre do cateter utilizado e nome do profissional que realizou o procedimento, utilizando fita adesiva ou hipoalergêncica; 24. Realizar a higienização das mãos; 25. Realizar os registros de enfermagem quanto à punção, especificando o local e o cateter utilizado.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Nunca reintroduzir a agulha de volta no cateter após sua remoção;
- ✓ Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- ✓ Agulha de aço só deve ser utilizada para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no sítio.
- ✓ Em caso de sujidade visível no local da punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. OLIVEIRA, et al. Passos da técnica de punção venosa periférica: revisão integrativa. Arq. Ciênc. Saúde. 2014/Jan-Mar; 21(1)88-95.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

SONDAGEM NASOENTERAL OU OROENTERAL**EXECUTANTE:** Enfermeiro**ÁREA:** Setor de Urgência e Emergência Adulto**OBJETIVO:** Realizar a cateterização nasoenteral de forma segura e eficaz.**MATERIAIS:** Sonda enteral com fio guia (mandril); Seringa de 20 ml; Gaze; Xilocaína gel; Fita adesiva; Estetoscópio; Biombos; Luvas de procedimento; EPIs.**AÇÕES:**

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Posicionar o paciente em fowler (45°);
7. Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Realizar limpeza do local da fixação com soro fisiológico e gazes;
10. Medir o comprimento da sonda, a partir da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e dessa até a parte inferior do apêndice xifoide, acrescentando mais 5 a 10 cm;
11. Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido a sonda);
12. Lubrificar ponta distal da sonda com xilocaína gel;
13. Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;
14. Segurar a sonda com a extremidade apontada para baixo, curvá-la se necessário e com cuidado, inseri-la na narina;
- 14.1. Em paciente intubado, se não conseguir passar a sonda pela narina, devido resistência, desvio de septo ou falso trajeto inseri-la na cavidade oral.
15. Empurrar a sonda lentamente, ao chegar na região nasofaringe, sentirá resistência;
16. Pedir para o paciente deglutir, quando possível. Pode haver náuseas e vômitos, portanto deixe-o repousar alguns minutos. A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados.
17. Introduzir a sonda até a porção marcada com o esparadrapo;
18. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente;
19. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com micropore sobre a pele do paciente (região nasal);
20. Retirar o fio guia segurando firmemente a sonda próximo ao nariz para que não saia;
21. Identificar a data da sondagem com um pequeno pedaço de esparadrapo;
22. Deixar o paciente preferencialmente em decúbito lateral direito a fim de facilitar a migração da sonda ao duodeno;
23. Desprezar o material utilizado em local próprio;
24. Retirar luvas de procedimento;
25. Deixar o paciente confortável no leito;
26. Higienizar as mãos;
27. Manter o ambiente em ordem;
28. Solicitar à equipe médica Radiografia de Tórax para controle do posicionamento da sonda enteral;

29. Realizar as anotações no prontuário do paciente, registrando intercorrências, sinais de resíduos e posicionamento da sonda.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Se observar resistência na introdução da sonda, retirá-lo e reintroduzir delicadamente.
- ✓ Se observar cianose ou dispneia no paciente, durante o procedimento, retirar imediatamente o cateter.
- ✓ Se ao realizar os testes de localização do cateter, não refluir conteúdo gástrico e ruídos estiver ausente, retirar a sonda e reiniciar o procedimento respeitando as etapas acima.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. CINTRA, E. A.; NISCHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu, 2003.
2. HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

SONDA NASOGÁSTRICA OU OROGÁSTRICA

EXECUTANTE:	Enfermeira do plantão
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Drenar líquidos intra-gástrico.

MATERIAIS: Sonda nasogástrica; esparadrapo; xilocaína gel; gaze; par de luvas; seringa de 20ml; estetoscópio; extensão de látex; saco coletor.

AÇÕES:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Posicionar o paciente em fowler (45°);
7. Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Realizar limpeza do local da fixação com soro fisiológico e gazes;
10. Medir o comprimento da sonda, a partir da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e dessa até a parte inferior do apêndice xifoide,
11. Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido a sonda);
12. Lubrificar ponta distal da sonda com xilocaína gel;
13. Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;
14. Segurar a sonda com a extremidade apontada para baixo, curvá-la se necessário e com cuidado, inseri-la na narina;
- 14.1. Em paciente intubado, se não conseguir passar a sonda pela narina devido resistência, desvio de septo ou falso trajeto, inseri-la na cavidade oral.
15. Empurrar a sonda lentamente, ao chegar na região nasofaringe, sentirá resistência;
16. Pedir para o paciente deglutir, quando possível. Pode haver náuseas e vômitos, portanto deixe-o repousar alguns minutos. A flexão cervical, nesta tarefa, pode ser útil em pacientes intubados e sedados;
17. Introduzir a sonda até a porção marcada com o esparadrapo;
18. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente;
19. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com micropore sobre a pele do paciente (região nasal);
20. Conectar a extensão de látex na sonda e colocar o saco coletor;
21. Identificar a data da sondagem com um pequeno pedaço de esparadrapo;
22. Desprezar o material utilizado em local próprio;
23. Retirar luvas de procedimento;
24. Deixar o paciente confortável no leito;
25. Higienizar as mãos;
26. Manter o ambiente em ordem;
27. Realizar as anotações no prontuário do paciente, registrando intercorrências, sinais de resíduos e

posicionamento da sonda.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se reflui conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspire normalmente;
- ✓ Conectar a seringa à extremidade da SNG. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 15 a 20 cm³ de ar, enquanto auscultar o abdome do paciente.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
2. NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO

EXECUTANTE:	Enfermeiro do plantão
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Promover a drenagem e alívio urinário; Coletar urina para urocultura.
MATERIAIS: Luvas estéreis; Sonda uretral estéril descartável, PVPI tópico ou clorexidina degermante, Compressas de gaze estéril. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron). Campo fenestrado. Lençol. Frasco para coleta de urina se necessário. Lidocaína gel.	
AÇÕES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente; 3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; 4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação; 5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 6. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 7. Colocar o recipiente para descarte de resíduos em local acessível; 8. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento: <ul style="list-style-type: none"> o Homens: decúbito dorsal. o Mulheres: posição ginecológica. 9. Calçar luva de procedimento; 10. Realizar a higiene íntima com sabonete neutro ou clorexidina degermante 2%; 11. Retirar as luvas de procedimento; 12. Realizar fricção alcoólica das mãos; 13. Colocar equipamentos de proteção individual: avental de manga longa, máscara, gorro e óculos de proteção; 14. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica; 15. Abrir todos os materiais sobre o campo esterilizado com ajuda de outro profissional utilizando técnica asséptica; 16. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação; 17. Calçar a luva estéril; 18. Preencher uma seringa com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel) quando pacientes do sexo masculino, com ajuda de outro profissional; 19. Testar o balonete com água destilada, injetando quantidade recomendada pelo fabricante; 20. Conectar a sonda Foley ao coletor fechado de urina; 	
21. Sondagem Vesical feminino:	
<ol style="list-style-type: none"> 21.1. Afastar os pequenos lábios e realizar a antisepsia partindo do meato uretral para periferia em movimentos unidirecionais; 21.2. Colocar campo fenestrado; 21.3. Lubrificar a extremidade da sonda com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína-gel); 21.4. Introduzir 2/3 da sonda Foley; 	

- 21.5. Observar casos de falso trajeto, nesse caso retirar o cateter introduzido em canal vaginal, após o término do procedimento, sendo necessário utilizar um novo cateter vesical;
- 21.6. Insuflar o balonete com o volume de água recomendado pelo fabricante;
- 21.7. Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir que está bem posicionado;
- 21.8. Fixar o cateter na face interna da coxa, com esparadrapo ou com fixador específico, deixando o sistema por cima da perna.

22. Sondagem vesical masculino

- 22.1. Afastar o prepúcio com a mão não dominante expondo a glândula e o meato urinário, com auxílio de uma gaze;
- 22.2. Realizar antissepsia com a solução antisséptica em movimentos circulares na glândula e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;
- 22.3. Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;
- 22.4. Colocar campo fenestrado;
- 22.5. Injetar 10 a 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 min, a fim de evitar refluxo da xilocaína;
- 22.6. Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel;
- 22.7. Introduzir a sonda Foley até a bifurcação;
- 22.8. Insuflar o balonete com o volume de água recomendado pelo fabricante;
- 22.9. Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir que está bem posicionado;
- 22.10. Fixar o cateter com esparadrapo ou com fixador específico na região suprapúbica para profilaxia de fístulas uretrais.

23. Após execução do procedimento

24. Colocar o paciente em posição confortável;
25. Identificar com data, horário, calibre da sonda, quantidade de água destilada no balonete, nome do profissional que realizou o procedimento;
26. Mensurar débito urinário, se necessário;
27. Desprezar o material utilizado em local próprio;
28. Retirar EPIs;
29. Higienizar as mãos;
30. Manter o ambiente em ordem;
31. Realizar as anotações no prontuário do paciente, registrando intercorrências e características da urina.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Avaliar o meato urinário e optar pelo menor diâmetro do cateter. É indicado para adultos do sexo feminino cateteres com diâmetros entre: 12 e 14 e, masculino com diâmetros entre 14, 16 e 18 French.
- ✓ Avaliar durante e após o procedimento a ocorrência de sangramento, o retorno da urina e permeabilidade do cateter.
- ✓ É importante a fixação correta do cateter para evitar o tracionamento.
- ✓ Em pacientes masculinos, quando não for possível a fixação do cateter na região suprapúbica deve ser fixado na região da fossa ilíaca esquerda.
- ✓ Certificar para que o clamp do circuito, perto do cateter vesical esteja aberto.
- ✓ Certificar para que o clamp ao final da bolsa coletora esteja fechado.

- ✓ Para realização da técnica recomenda-se a participação de dois profissionais, um realizando a técnica e o outro auxiliando.
- ✓ Para prevenção de infecção deve-se manter a bolsa coletora e o tubo de drenagem abaixo do nível da bexiga (mesmo que o coletor tenha válvula anti-refluxo).
- ✓ Não existe uma rotina pré-determinada para troca do cateter, deve-se avaliar individualmente em relação à obstrução, vazamento e infecção.
- ✓ A bolsa coletora deve ser esvaziada regularmente não ultrapassando o volume superior a 2/3 da capacidade total do coletor.
- ✓ Não deve ser realizado esvaziamento simultâneo de vários pacientes com o mesmo recipiente sem a prévia limpeza do mesmo.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. PRADO, Marta Lenise do et al (org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.
2. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 450/2013. Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: 2013.
3. SOUZA E SILVA, A.C. CAIS, D. P, KRUMMENAUER, E. C. et al. Medidas de prevenção de infecção do trato urinário. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013. p. 25-35.
4. VOLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S, SANTOS, E. S. F. Eliminação urinária. In: Técnicas básicas de enfermagem. VOLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S. 3º ed. São Paulo: Ed. Martinari, 2009. P. 193-202.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

EXECUTANTE:	Enfermeiro do plantão
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Promover a drenagem e controle rigoroso do débito urinário; Preparar o cliente para exames e cirurgias.

MATERIAIS: pacote de sondagem vesical; par de luvas estéreis; par de luvas de procedimento; sonda vesical duas vias de calibre adequado; Xilocaína geleia 2%; pacotes de gaze; seringa de 20 ml (deve ter ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda); 15-20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada estéril); agulha de aspiração (40x12); bolsa coletora de urina (sistema fechado); Micropore (fita hipoalérgica; Solução de Clorexidina aquosa 2%).

AÇÕES:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
7. Colocar o recipiente para descarte de resíduos em local acessível;
8. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento:
 - a. Homens: decúbito dorsal.
 - b. Mulheres: posição ginecológica.
9. Calçar luva de procedimento;
10. Realizar a higiene íntima com sabonete neutro ou clorexidina degermante 2%;
11. Retirar as luvas de procedimento;
12. Realizar fricção alcoólica das mãos;
13. Colocar equipamentos de proteção individual: avental de manga longa, máscara, gorro e óculos de proteção;
14. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
15. Abrir todos os materiais sobre o campo esterilizado com ajuda de outro profissional utilizando técnica asséptica;
16. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;
17. Calçar a luva estéril;
18. Preencher uma seringa com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel) quando pacientes do sexo masculino, com ajuda de outro profissional;
19. **Sondagem Vesical feminino:**
 - 19.1. Afastar os pequenos lábios e realizar a antisepsia partindo do meato uretral para periferia em movimentos unidirecionais;
 - 19.2. Colocar campo fenestrado;
 - 19.3. Lubrificar a extremidade da sonda com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína-gel);
 - 19.4. Introduzir a sonda na uretra até o retorno de urina;

19.5. Observar casos de falso trajeto, nesse caso retirar o cateter introduzido em canal vaginal, após o término do procedimento, sendo necessário utilizar um novo cateter vesical;

20. Sondagem vesical masculino

20.1. Afastar o prepúcio com a mão não dominante expondo a glande e o meato urinário, com auxílio de uma gaze;

20.2. Realizar antisepsia com a solução antisséptica em movimentos circulares na glande e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;

20.3. Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;

20.4. Colocar campo fenestrado;

20.5. Injetar 10 a 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glande por 1 min, a fim de evitar refluxo da xilocaína;

20.6. Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel;

20.7. Introduzir a sonda observando o retorno urinário;

21. Após execução do procedimento

22. Retirar a sonda uretral após esvaziamento da bexiga;

23. Colocar o paciente em posição confortável;

24. Mensurar débito urinário, se necessário;

25. Desprezar o material utilizado em local próprio;

26. Retirar EPIs;

27. Higienizar as mãos;

28. Manter o ambiente em ordem;

29. Realizar as anotações no prontuário do paciente, registrando intercorrências e características da urina.

OBSERVAÇÕES

- ✓ O teste do balonete poderá ser feito dentro do campo estéril, colocando a seringa e a sonda no campo estéril. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro
- ✓ Verificar a ocorrência: Sangramento; Retorno de urina; Obstrução da sonda; Fixação correta. Certifique-se do clamp da extensão está aberto e se o clamp do coletor está fechado. Averiguar a tração da sonda.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. COFEN Nº 0450/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Conselho Federal de Enfermagem Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem. 2013. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-04502013-4_23266.html.
2. PRADO, Marta Lenise do et al (org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.

VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
ÁREA:	Setor de Urgência e Emergência Adulto
OBJETIVO:	Obter amostra dos capilares sanguíneos para aferição dos níveis de glicemia do paciente.
MATERIAIS: Luvas de procedimento; Algodão; Álcool a 70%; Bandeja ou cuba rim; Aparelho dosador de glicemia (glicosímetro); Tira-teste para o aparelho de glicemia; Lanceta com trava de segurança retrátil.	
EXECUÇÃO: Sempre que necessário.	
AÇÕES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar a indicação do exame em prescrição médica; 2. Realizar a higienização das mãos; 3. Reunir todo o material necessário; 4. Conferir o nome do paciente com a placa e pulseira de identificação; 5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Conferir o código da fita com o do aparelho; 8. Ligar o glicosímetro seguindo as orientações do fabricante; 9. Acoplar a tira teste ao aparelho; 10. Realizar a antisepsia da polpa digital escolhida com algodão embebido com álcool a 70% e deixar secar; 11. Puncionar na área da extremidade lateral da falange (polpa) com a lanceta, obtendo uma gota de sangue suficiente para o preenchimento da tira-teste; 12. Comprimir o local puncionado com a bola de algodão; 13. Aguardar o resultado do teste; 14. Informar o resultado do teste ao paciente e/ou acompanhante; 15. Recolher o material, descartando-o em local apropriado; 16. Retirar as luvas de procedimento; 17. Realizar a higienização das mãos; 18. Checar o procedimento e anotar a taxa de glicemia capilar na prescrição médica; 19. Registrar procedimento do paciente no prontuário; 	
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. MINICUCCI, WJ. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes nº 03/2015. Controle da glicemia no paciente hospitalizado. Sociedade Brasileira de Diabetes. Biênio 2014-2015. 2. MIGOTO, MT. Fundamentos de Enfermagem 3. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2016. 	
ELABORADO POR: Ana Paula S. Silveira; Daniela S. Nunes; Isabella V. Costa; Jessyca R. Braga; Kerlen C. Saab; Larissa Karla B. de Alencar; Luanne P. de Oliveira.	