

Instrução de Trabalho Operacional

ITO/ DE/ 2020

Versão 2.0

**Divisão de
Enfermagem**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SÃO FRANCISCO –
HU UNIVASF**

Av. José de Sá Maniçoba, S/N Centro | CEP: 56.304-205 | Petrolina-PE | Telefone:
(87) 3255-6500 | Site: www.huunivasf.ebserh.gov.br

MILTON RIBEIRO

Ministro de Estado da Educação

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

Presidente

ITAMAR SANTOS

Superintendente

KATIA REGINA DE OLIVEIRA

Gerente de Atenção à Saúde

VANICLEIDE DE SÁ NUNES

Chefe da Divisão de Enfermagem

Instrução de trabalho operacional – Divisão de Enfermagem

EQUIPE TÉCNICA:

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Org.)
Maria Virgínia Pires Miranda (Org.)
Ianni Emanuella Santana de Almeida (Org.)
Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim (Org.)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

I59 Instrução de trabalho operacional – Divisão de Enfermagem [recurso eletrônico]
/ Organizado por Laiany Nayara Barros Gonçalves, Maria Virgínia Pires
Miranda, Ianni Emanuella Santana de Almeida, Gabrielle Maria de Sá Moraes
Leandro Jardim. – Petrolina, PE: HU UNIVASF, 2020.
560 p.: il.

Acesso em: <http://www.univasf.edu.br/~tcc/00001a/00001a45.pdf>

ISBN 978-65-89433-03-3

1. Acompanhamento do paciente - protocolo. 2. Procedimentos técnicos.
3. Instrução de trabalho operacional. I. Gonçalves, Laiany Nayara Barros. II.
Miranda, Maria Virgínia Pires. III. Almeida, Ianni Emanuella Santana de. IV.
Jardim, Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro. V. Título. VI. Hospital de
Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 614.0981

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Fabio Oliveira Lima CRB-4/2097
Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco HU-UNIVASF
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH

AUTORES

Alessandra Carvalho Santos de Souza – Enfermeira Assistencial.

Andreza Monteiro Cavalcante - Técnica de Enfermagem.

Camila da Silva Carvalho - Enfermeira Assistencial.

Carine Rosa Nauê - Bióloga.

Carla Eliza Ferraz de Oliveira - Enfermeira Assistencial.

Cícera Maria dos Santos – Técnica de Enfermagem.

Cláudia Ferreira Mendes - Técnica de Enfermagem.

Cristina Maria Félix Crispiniano - Enfermeira Assistencial.

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado - Enfermeira Assistencial.

Daniely da Silva Figueiredo - Enfermeira da Vigilância Epidemiológica.

Eduardo Rafael de Sousa Neto - Enfermeiro Assistencial.

Elca Janaina Tanuri Bento - Técnica de Enfermagem.

Erick Bruno Barros Alves - Enfermeiro Assistencial.

Erivane Pereira de Almeida Barbosa - Técnica de Enfermagem.

Fabício Olinda de Souza Mesquita – Fisioterapeuta.

Fernanda Valéria Lopes - Enfermeira Assistencial.

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim - Enfermeira Assistencial.

Giselle Karine Muniz de Melo - Enfermeira Assistencial.

Helânia Virginia Dantas dos Santos - Nutricionista Assistencial.

Hiandra Isabela Da Silva Nogueira – Acadêmica de Enfermagem /UPE.

Ianna Gabriela do Nascimento Moura - Enfermeira Assistencial.

Ianni Emmanuela Santana de Almeida - Enfermeira Assistencial.

Iara Suely Gonçalves Freire de Sá - Enfermeira Assistencial.

Isabele Gouveia Muniz - Enfermeira Intensivista.

Isabella Gomes Wanderley - Enfermeira Assistencial.

Izabelle Silva de Araújo - Nutricionista Assistencial.

Jedais Silas da Silva - Enfermeiro Assistencial.

João Marcel Porto Alves – Farmacêutico.

Josilene de Carvalho Miranda - Enfermeira Assistencial.

Jucilene Rosangela de Sá Andrade - Enfermeira Assistencial.

Karen Mickaelle Vale de Queiroga Sarmento - Enfermeira Assistencial.

Laiany Nayara Barros Gonçalves - Enfermeira Assistencial.

Larycia Vicente Rodrigues - Enfermeira Assistencial.

Lidianne Alves de Sousa - Enfermeira Assistencial.

Lília Coelho Rodrigues – Técnica de Enfermagem.

Lívia Dias Manguiera Bastos - Enfermeira Assistencial.

Luana Clementino Rodrigues - Enfermeira Assistencial.

Lucas Borges de Oliveira - Enfermeiro Assistencial.

Luciana Silva Moraes - Enfermeira Assistencial.

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda - Enfermeira Assistencial.

Maiane Alves de Macedo - Enfermeira Assistencial.

Margarida Maria Paiva de Matos - Técnica de Enfermagem.

Maria América Filgueira dos Santos - Enfermeira Assistencial.

Maria Filha Mercês – Técnica de Enfermagem.

Maria Virgínia Pires Miranda - Enfermeira Assistencial.

Marivaldo dos Santos Pereira – Técnico de Enfermagem.

Mateus da Cruz Barreto - Enfermeiro Assistencial.

Mayanne Santana Nobrega - Enfermeira Assistencial.

Meire Cristina Pereira da Silva Sousa - Enfermeira Assistencial.

Naara Carol Costa Alves – Enfermeira.

Nêmora Lígia de Sousa Santana - Enfermeira Assistencial.

Nilciane Amélia Mesquita - Enfermeira Assistencial.

Otília Maria Reis Sousa Tinel - Enfermeira Assistencial.

Patrícia Samara Portela Oliveira Calixto - Enfermeira Assistencial.

Paula Nayara Meneses dos Santos – Farmacêutica.

Renata Marques da Silva - Enfermeira Assistencial.

Renata Santana Rodrigues - Enfermeira Assistencial.

Rita de Kácia de Sousa - Enfermeira Assistencial.

Samantha Carvalho de Lacerda - Enfermeira Assistencial

Sâmia Letícia Ribeiro Lima - Enfermeira Assistencial.

Sara Miranda Tavares - Enfermeira Assistencial.

Saulo Bezerra Xavier - Enfermeiro Intensivista.

Sebastiana Lígia Cavalcante dos Santos - Técnica de Enfermagem.

Thiago Cabral de Souza Almeida – Técnico de Enfermagem.

Valdirene de Sousa Rodrigues - Técnica de Enfermagem.

Vanessa Fausto Guimarães - Enfermeira Assistencial.

Vanicleide de Sá Nunes - Enfermeira, Chefe da Divisão de Enfermagem.

SUMÁRIO

1. PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE OBSERVAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1
1.1 DEFINIÇÃO	95
1.2 OBJETIVO	95
1.3 PÚBLICO ALVO	96
1.4 ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	96
1.5 RESPONSABILIDADES.....	96
Equipe multiprofissional.....	96
Médico.....	96
Enfermeiro.....	97
Técnico de enfermagem.....	98
Chefe de setor	99
1.6 PREPARAÇÃO DO LEITO.....	99
Materiais utilizados	99
Descrição do procedimento	99
1.7 REFERÊNCIAS	100
1.8 HISTÓRICO DE REVISÃO.....	100
2. PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS.....	101
2.1 DEFINIÇÃO	101
2.2 OBJETIVO	102
2.3 PÚBLICO ALVO	102
2.4 ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	102
2.5 RESPONSABILIDADES.....	102
Equipe multiprofissional.....	102
Médico.....	102
Enfermeiro.....	103
Técnico de enfermagem.....	104
Chefe de setor	105

2.6	PREPARAÇÃO DO LEITO.....	105
	Materiais utilizados	105
	Descrição do procedimento	105
2.7	REFERÊNCIAS	106
2.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	106
3	PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE EMERGÊNCIA	108
3.1	DEFINIÇÃO	108
3.2	OBJETIVO	108
3.3	PUBLICO ALVO	108
3.4	ÂMBITO DE APLICAÇÃO.....	108
3.5	RESPONSABILIDADES.....	108
	Equipe multiprofissional.....	108
	Médico plantonista	109
	Enfermeiro.....	110
	Técnico de enfermagem.....	111
	Chefe de setor	112
3.6	PREPARAÇÃO DO LEITO.....	112
	Materiais utilizados	112
	Descrição do procedimento	112
3.7	REFERÊNCIAS	113
3.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	113
4	PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI	114
4.1	DEFINIÇÃO	114
4.2	OBJETIVO	115
4.3	ABRANGÊNCIA.....	115
4.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	115
4.5	INDICAÇÃO	115
4.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	115
4.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	116

4.8	OBSERVAÇÕES	117
4.9	REGISTRO.....	118
4.10	REFERÊNCIAS	118
4.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	119
5.	PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DE PACIENTE NAS CLINICAS	120
5.1	DEFINIÇÃO	120
1.1	Preparação do leito:	120
1.2	Admissão do paciente na clínica	120
5.2	OBJETIVO	120
	Preparação do leito:	120
	Admissão do paciente:	120
5.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	120
5.4	MATERIAL NECESSÁRIO	120
5.5	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.....	121
	Preparação do leito:	121
	Admissão do paciente:	121
5.6	REGISTRO.....	122
5.7	RISCOS	122
	Ocupacionais:	122
	Assistenciais:	122
5.8	RECOMENDAÇÕES.....	123
5.9	REFERÊNCIAS	123
5.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	123
6.	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR	125
6.1	DEFINIÇÃO	125
6.2	OBJETIVO	125
6.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	125
6.4	INDICAÇÃO	125
6.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	125

6.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	126
6.7	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	126
6.8	REGISTRO.....	126
6.9	REFERÊNCIAS	127
6.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	127
7.	AFERIÇÃO DE PULSO.....	128
7.1	DEFINIÇÃO	128
7.2	OBJETIVO	128
7.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	128
7.4	INDICAÇÃO	129
7.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	129
7.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	129
	Pulso radial	129
	Pulso Apical	130
7.7	REGISTRO.....	130
7.8	OBSERVAÇÕES	131
7.9	RISCOS	131
7.10	CONTROLE DE TREINAMENTO.....	131
7.11	REFERÊNCIAS	131
7.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	131
8.	AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	132
8.1	DEFINIÇÃO	132
8.2	OBJETIVO	132
8.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	133
8.4	MATERIAL NECESSÁRIO.....	133
8.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	133
8.6	REGISTRO.....	134
8.7	OBSERVAÇÕES	134
8.8	REFERÊNCIAS	134

8.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	134
9.	AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO.....	135
9.1	DEFINIÇÃO	135
9.2	OBJETIVO	136
9.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	136
9.4	INDICAÇÃO	136
9.5	OBSERVAÇÕES	136
9.6	MATERIAL NECESSÁRIO	136
9.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	137
9.8	REGISTRO.....	137
9.9	REFERÊNCIAS	137
9.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	138
10.	VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR	139
10.1	DEFINIÇÃO	139
10.2	OBJETIVO	139
10.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	139
10.4	INDICAÇÃO	139
10.5	MATERIAL NECESSÁRIO	139
10.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	140
10.7	REGISTRO.....	140
10.8	REFERÊNCIAS	140
10.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	141
11.	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA.....	142
11.1	DEFINIÇÃO	142
11.2	OBJETIVO	142
11.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	142
11.4	INDICAÇÃO	142
11.5	MATERIAL NECESSÁRIO	142
11.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	143

11.7	REGISTRO.....	143
11.8	REFERÊNCIAS	144
11.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	144
12.	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	145
12.1	DEFINIÇÃO	145
12.2	OBJETIVO	145
12.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	145
12.4	INDICAÇÃO	146
12.5	MATERIAL NECESSÁRIO	146
12.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	146
12.7	OBSERVAÇÕES	148
12.8	REGISTRO.....	148
12.9	REFERÊNCIAS	148
12.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	149
13	BALANÇO HÍDRICO	150
13.1	DEFINIÇÃO	150
13.2	OBJETIVO	151
13.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	151
13.4	INDICAÇÃO	151
13.5	MATERIAL NECESSÁRIO	151
13.6	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	151
13.7	OBSERVAÇÕES	152
13.8	REGISTRO.....	152
13.9	REFERÊNCIAS	152
13.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	153
14	MUDANÇA DE DECÚBITO	154
14.1	DEFINIÇÃO	154
14.2	OBJETIVO	154
14.3	ABRANGÊNCIA.....	154

14.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	154
14.5	INDICAÇÃO	154
14.6	MATERIAL NECESSÁRIO	154
14.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	155
14.8	REGISTRO.....	155
14.9	OBSERVAÇÕES	155
14.10	REFERÊNCIAS	156
14.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	156
15	CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE NO LEITO	157
15.1	DEFINIÇÃO	157
15.2	OBJETIVO	157
15.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	157
15.4	INDICAÇÃO	157
15.5	CONTRAINDICAÇÃO.....	158
15.6	MATERIAL NECESSÁRIO	158
15.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	158
	Contenção tipo luva:	158
	Punhos e tornozelos:.....	159
	Tórax e ombros:	159
	Quadril:.....	160
	Joelhos:.....	161
15.8	REGISTRO.....	161
15.9	OBSERVAÇÕES	161
15.10	REFERÊNCIAS	162
15.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	163
16	HIGIENE CORPORAL.....	163
16.1	DEFINIÇÃO	163
16.2	OBJETIVO	163
16.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	164

16.4	INDICAÇÃO	164
16.5	MATERIAL NECESSÁRIO	164
16.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	164
16.7	REGISTRO.....	166
16.8	OBSERVAÇÕES	166
16.9	REFERÊNCIAS	168
16.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	168
17	HIGIENE ÍNTIMA	169
17.1	DEFINIÇÃO	169
17.2	OBJETIVO	169
17.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	169
17.4	INDICAÇÃO	169
17.5	MATERIAL NECESSÁRIO	169
17.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	170
17.7	Cliente Masculino:.....	170
17.8	Cliente Feminina:.....	170
17.9	finalizando o procedimento (Masculino ou feminino):.....	171
17.10	REGISTRO.....	171
17.11	OBSERVAÇÕES	171
17.12	REFERÊNCIAS	172
17.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	172
18	TRICOTOMIA.....	174
18.1	DEFINIÇÃO	174
18.2	OBJETIVO	174
18.3	ABRANGÊNCIA.....	174
18.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	174
18.5	INDICAÇÃO	174
18.6	MATERIAL NECESSÁRIO	175
18.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	175

18.8	REGISTRO.....	175
18.9	OBSERVAÇÕES	176
18.10	REFERÊNCIAS	176
18.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	176
19	HIGIENE DOS CABELOS E DO COURO CABELUDO	177
19.1	DEFINIÇÃO	177
19.2	OBJETIVO	177
19.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	177
19.4	INDICAÇÃO	177
19.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	178
19.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	178
19.7	REGISTRO.....	179
19.8	OBSERVAÇÕES.....	179
19.9	REFERÊNCIAS	180
19.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	180
20	HIGIENE ORAL.....	181
20.1	OBJETIVO	181
20.2	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	181
20.3	MATERIAL NECESSÁRIO.....	181
20.4	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	182
	Ao utilizar escova de dentes:.....	182
	Ao utilizar gaze estéril montada em espátula abaixadora de língua:	183
20.5	REGISTRO.....	183
20.6	OBSERVAÇÕES	183
20.7	REFERÊNCIAS	184
20.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	184
21	COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO URINÁRIO MASCULINO	185
21.1	DEFINIÇÃO	185
21.2	OBJETIVO	186

21.3	ABRANGÊNCIA:	186
21.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	186
21.5	MATERIAIS NECESSÁRIOS:	186
21.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	186
21.7	DISPOSIÇÕES GERAIS:	187
21.8	REFERÊNCIAS	187
21.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	187
22	CATETERISMO NASOENTERAL	189
22.1	DEFINIÇÃO	189
22.2	OBJETIVO	189
22.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	189
22.4	MATERIAIS NECESSÁRIOS	189
22.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA SONDA	189
22.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GAVAGEM	191
22.7	OBSERVAÇÕES	191
22.8	REFERÊNCIAS	192
22.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	192
23	CATETERISMO NASOGÁSTRICO	194
23.1	DEFINIÇÃO	194
23.2	OBJETIVO	194
23.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	194
23.4	MATERIAL NECESSÁRIO	194
23.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA SONDA:	195
23.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GAVAGEM	196
23.7	OBSERVAÇÕES	196
23.8	REFERÊNCIAS	197
23.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	197
24	LAVAGEM GÁSTRICA	198
24.1	DEFINIÇÃO	198

24.2	OBJETIVO	198
24.3	CONTRAINDICAÇÕES	198
24.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	199
24.5	MATERIAIS NECESSÁRIOS	199
24.6	DESCRIÇÃO DA TÉCNICA.....	199
24.7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM/ TOMADA DE DECISÕES.....	200
24.8	RECOMENDAÇÕES.....	201
24.9	REFERÊNCIAS	201
24.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	201
25	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	202
25.1	DEFINIÇÃO	202
25.2	OBJETIVO	203
25.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	203
25.4	INDICAÇÃO	203
25.5	MATERIAIS NECESSÁRIOS.....	203
25.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	204
	Cateterismo vesical feminino:.....	205
	Cateterismo vesical masculino:.....	205
	Para ambos os sexos:	206
25.7	CUIDADOS DURANTE O USO DA Sonda.....	206
25.8	REGISTRO.....	206
25.9	OBSERVAÇÕES	206
25.10	AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE	207
25.11	REMOÇÃO DO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	207
	Materiais.....	207
	Técnica para retirada.....	207
25.12	REFERÊNCIAS	208
25.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	209
26	IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA.....	211

26.1	DEFINIÇÃO	211
26.2	OBJETIVO	211
26.3	INDICAÇÕES	211
26.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	211
26.5	MATERIAL NECESSÁRIO	211
26.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	212
26.7	OBSERVAÇÕES	213
26.8	REFERÊNCIAS	213
26.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	214
27	ASSISTÊNCIA AO PACIENTE SUBMETIDO A DRENAGEM TORÁCICA	215
27.1	OBJETIVO	215
27.2	INDICAÇÃO	215
27.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	215
27.4	MATERIAL NECESSÁRIO	215
27.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	216
27.6	TROCA DO SELO D'ÁGUA	216
27.8	DESOBSTRUÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM DO DRENO DO TÓRAX	218
27.9	OBSERVAÇÕES	218
27.10	REFERÊNCIAS	219
27.11	HISTÓRICO DE REVISÃO	219
28	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO	220
28.1	DEFINIÇÃO	220
28.2	OBJETIVO	220
28.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	221
28.4	MATERIAL NECESSÁRIO	221
28.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	221
28.6	RECOMENDAÇÕES	223
28.7	REFERÊNCIAS	223
28.8	HISTÓRICO DE REVISÃO	224

29	PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL - AVC.....	226
29.1	DEFINIÇÃO	226
29.2	OBJETIVO	226
29.3	INDICAÇÕES.....	226
29.4	CONTRAINDICAÇÕES	226
29.5	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS/RESPONSABILIDADES	227
5.1	Médicos:	227
	Enfermeiros:	227
	Técnicos de enfermagem:	227
29.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	227
29.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	228
29.8	REGISTRO.....	229
29.9	OBSERVAÇÕES.....	230
29.10	PONTOS CRÍTICOS	230
29.11	REFERÊNCIAS	231
29.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	231
30	RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC).....	232
30.1	DEFINIÇÃO	232
30.2	OBJETIVO	232
30.3	ABRANGÊNCIA.....	232
30.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	232
30.5	MATERIAS.....	233
30.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	233
30.7	OBSERVAÇÕES.....	234
30.8	REGISTRO.....	234
30.9	CONDUTAS FRENTE A SUSPEITA DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CVC	234
30.10	REFERÊNCIAS	234
30.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	235
31	PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	236

31.1	DEFINIÇÃO	236
31.2	OBJETIVO	236
31.3	CONTRAINDICAÇÕES	237
31.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	237
31.5	MATERIAL NECESSÁRIO	237
31.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	237
31.7	OBSERVAÇÕES	238
31.8	REFERÊNCIAS	239
31.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	240
32	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PREPARO E ENCAMINHAMENTO DO CORPO APÓS A MORTE ...	241
32.1	DEFINIÇÃO	241
32.2	OBJETIVO	241
32.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	241
32.4	MATERIAL NECESSÁRIO	241
32.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	242
32.6	OBSERVAÇÕES	243
32.7	AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE	243
32.8	REFERÊNCIAS	243
32.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	244
33.	COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL	245
33.1	DEFINIÇÃO	245
33.2	OBJETIVOS	245
33.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	245
33.4	MATERIAL NECESSÁRIO	245
33.5	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	245
33.6	RECOMENDAÇÕES	246
33.7	BIBLIOGRAFIA	247
33.8	HISTÓRICO DE REVISÃO	247
34.	INSERÇÃO DE CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL)	248

34.1	DEFINIÇÃO	248
34.2	OBJETIVO	248
34.3	ABRANGÊNCIA	248
34.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	249
34.6	MATERIAL NECESSÁRIO	249
34.7	INDICAÇÃO	249
34.8	CONTRAINDICAÇÃO	249
34.9	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	250
34.10	OBSERVAÇÕES	250
34.11	REGISTRO	251
34.12	REFERÊNCIAS	251
34.13	HISTÓRICO DE REVISÃO	252
35.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM USO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA (DVE)	253
35.1	DEFINIÇÃO	253
35.2	INDICAÇÃO	254
35.3	OBJETIVOS	254
35.4	ABRANGÊNCIA	254
35.5	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	254
35.6	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	254
	- Cuidados com o curativo	254
35.7	Cuidados ao esvaziar a bolsa coletora de líquido	256
	Cuidados gerais	256
35.9	REGISTRO	258
35.10	REFERÊNCIAS	258
35.11	HISTÓRICO DE REVISÃO	258
36.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONEAL (DVP)....	259
36.1	DEFINIÇÃO	259
36.2	INDICAÇÃO	260
36.3	OBJETIVOS	260

36.4	ABRANGÊNCIA.....	260
36.5	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	260
36.6	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	261
	- Cuidados com o curativo	261
	Cuidados ao esvaziar a bolsa coletora de líquido	262
36.7	CUIDADOS GERAIS.....	263
36.9	REGISTRO.....	264
36.10	REFERÊNCIAS	264
36.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	265
37.2	abrangência.....	266
37.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	266
37.5	INDICAÇÃO	266
37.6	CONTRA-INDICAÇÃO	267
37.7	MATERIAL NECESSÁRIO	267
37.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	268
37.9	REFERÊNCIAS.....	270
37.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	271
38.2	OBJETIVO	272
38.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	272
38.4	ABRANGÊNCIA.....	272
38.5	INDICAÇÃO	272
38.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	273
38.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	273
38.8	OBSERVAÇÕES	274
38.9	REFERÊNCIAS	274
38.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	274
39.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL	276
39.1	DEFINIÇÃO	276
39.2	OBJETIVOS	276

39.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	277
39.4	ABRANGÊNCIA	277
39.5	INDICAÇÃO	277
39.6	MATERIAL NECESSÁRIO	277
39.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	277
39.8	OBSERVAÇÕES	278
39.9	REFERÊNCIAS	278
39.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	278
40.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRADÉRMICA	279
40.1	DEFINIÇÃO	279
40.2	OBJETIVOS	279
40.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	280
40.4	INDICAÇÕES	280
40.5	CONTRAINDICAÇÃO/RESTRIÇÃO	280
40.6	MATERIAL NECESSÁRIO	280
40.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	280
40.8	CUIDADOS RELACIONADOS	281
40.9	REFERÊNCIAS	282
40.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	283
41.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR	284
41.1	DEFINIÇÃO	284
41.2	OBJETIVO	284
41.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	284
41.4	INDICAÇÃO	284
41.5	CONTRAINDICAÇÃO/ RESTRIÇÃO	284
41.6	MATERIAL NECESSÁRIO	284
41.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	285
41.8	CUIDADOS RELACIONADOS	286
41.9	REFERÊNCIAS	287

41.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	287
42.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA.....	289
42.1	DEFINIÇÃO.....	289
42.2	OBJETIVO.....	289
42.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	289
42.4	INDICAÇÕES.....	289
42.5	CONTRAINDICAÇÃO/ RESTRIÇÃO.....	289
42.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	289
42.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	290
42.8	OBSERVAÇÕES.....	291
42.9	REFERÊNCIAS.....	292
42.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	292
43.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAVENOSA.....	293
43.1	DEFINIÇÃO.....	293
43.2	OBJETIVOS.....	293
43.3	INDICAÇÃO.....	294
43.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	294
43.5	ABRANGÊNCIA.....	294
43.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	294
43.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	294
43.8	RISCOS/TOMADA DE DECISÕES.....	295
43.9	REGISTRO.....	295
43.10	OBSERVAÇÕES.....	295
43.11	REFERÊNCIAS.....	297
43.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	297
44.	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA OCULAR.....	298
44.1	DEFINIÇÃO.....	298
44.2	OBJETIVOS.....	299
44.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	299

44.4	INDICAÇÃO	299
44.5	MATERIAL NECESSÁRIO	299
44.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	299
44.7	REGISTRO.....	300
44.8	REFERÊNCIAS	301
44.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	302
45.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA AURICULAR	303
45.1	DEFINIÇÃO	303
45.2	OBJETIVOS	303
45.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	303
45.4	ABRANGÊNCIA.....	303
45.5	INDICAÇÃO	303
45.6	MATERIAL NECESSÁRIO	303
45.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	304
45.8	OBSERVAÇÕES.....	305
45.9	REFERÊNCIAS	305
45.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	305
46.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA NASAL	307
46.1	DEFINIÇÃO	307
46.2	OBJETIVOS	307
46.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	307
46.4	INDICAÇÃO	308
46.5	MATERIAL NECESSÁRIO	308
46.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	308
46.7	CUIDADOS RELACIONADOS	309
46.8	REFERÊNCIAS	309
46.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	310
47.	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA VAGINAL	311
47.1	DEFINIÇÃO	311

47.2	OBJETIVOS	311
47.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	312
47.4	INDICAÇÃO	312
47.5	MATERIAL NECESSÁRIO	312
47.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	312
	Primeira etapa: pré-execução	312
	Segunda etapa: execução	313
47.7	OBSERVAÇÕES	314
47.8	CUIDADOS RELACIONADOS	314
47.9	REFERÊNCIAS	314
47.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	315
48.	ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS	317
48.1	DEFINIÇÃO	317
48.2	OBJETIVO	317
48.3	NORMAS TÉCNICAS PARA O MANUSEIO SEGURO DOS QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS	317
	Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de Uso Obrigatório	317
	Normas relativas ao manuseio dos clientes:	318
	Normas de segurança na administração do quimioterápico:	318
	Normas de segurança relativas aos descartáveis, frascos e ampolas:	318
	Normas relativas à contaminação pessoal:	318
	Efeitos adversos no manejo da quimioterapia para os trabalhadores	319
48.4	ORIENTAÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS	319
	Normas	319
	Ações	319
48.5	PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS	319
48.6	COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DO QUIMIOTERÁPICO	320
48.7	VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS QUIMIOTERÁPICOS	321
	Via oral	321

Via endovenosa	321
48.8 DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA APLICAÇÃO DO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICA	322
Tipos de dispositivos:	322
Cuidados de enfermagem na aplicação por via endovenosa:.....	322
48.9 EXTRAVAZAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS.....	323
48.10 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS DO TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA.....	325
48.11 AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE À REAÇÃO ANAFILÁTICA PROVOCADA PELO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO	327
48.12 REFERÊNCIAS	328
48.13 HISTÓRICO DE REVISÃO.....	328
49. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE INSULINAS.....	329
49.1 DEFINIÇÃO	329
49.2 OBJETIVO	329
49.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	330
49.4 INDICAÇÃO	330
49.5 MATERIAL NECESSÁRIO	330
49.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	330
49.7 RECOMENDAÇÕES.....	331
49.8 BIBLIOGRAFIA	332
49.9 HISTÓRICO DE REVISÃO.....	332
50. SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	333
50.1 DEFINIÇÃO	333
50.2 OBJETIVO	334
50.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS/ ABRANGÊNCIA.....	335
50.4 INDICAÇÃO	335
50.5 MATERIAL NECESSÁRIO.....	335
50.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	335
Identificação do paciente	335
Identificação do prescritor na prescrição.....	335

Identificação da instituição na prescrição	336
Aprazamento das medicações	336
Identificação da data de prescrição	336
Legibilidade	336
Uso de abreviaturas	336
Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes	336
Expressão de doses	337
Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de Alta Vigilância	337
50.7 OBSERVAÇÕES	337
50.8 RISCOS RELACIONADOS	338
50.9 REGISTRO	338
50.10 REFERÊNCIAS	338
50.11 HISTÓRICO DE REVISÃO	338
51. ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CÂNULA NASAL TIPO ÓCULOS	340
51.1 DEFINIÇÃO	340
51.2 OBJETIVO	340
51.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	340
51.4 INDICAÇÃO	340
51.5 VANTAGENS	341
51.6 DESVANTAGENS	341
51.7 MATERIAL NECESSÁRIO	341
51.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	341
51.9 REGISTRO	342
51.10 OBSERVAÇÕES	342
51.11 REFERÊNCIAS	342
51.12 HISTÓRICO DE REVISÃO	343
52. ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA DE VENTURI	345
52.1 DEFINIÇÃO	345
52.2 OBJETIVO	345

52.3	ABRANGÊNCIA /PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	345
52.4	INDICAÇÃO	345
52.5	PERIODICIDADE	346
52.6	VANTAGENS.....	346
52.7	DESVANTAGENS	346
52.8	MATERIAIS NECESSÁRIOS	346
52.9	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	346
52.10	REGISTRO.....	348
52.11	OBSERVAÇÕES	348
52.12	REFERÊNCIAS	349
52.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	349
53.	AEROSOLTERAPIA	350
53.1	DEFINIÇÃO	350
53.2	OBJETIVO	351
53.3	ABRANGÊNCIA.....	351
53.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	351
53.5	INDICAÇÃO	351
53.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	351
53.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	351
53.8	REGISTRO.....	352
53.9	OBSERVAÇÕES	353
53.10	REFERÊNCIAS	353
53.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	354
54.	ASPIRAÇÃO DA SECREÇÃO TRAQUEAL	355
54.1	DEFINIÇÃO	355
54.2	OBJETIVO	355
54.3	ABRANGÊNCIA.....	355
54.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	355
54.5	INDICAÇÃO	355

54.6	CONTRA-INDICAÇÃO	356
54.7	MATERIAL NECESSÁRIO	356
54.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	356
54.9	REGISTRO.....	357
54.10	OBSERVAÇÕES	357
54.11	REFERÊNCIAS	358
54.	12 HISTÓRICO DE REVISÃO	358
55.	ASPIRAÇÃO DA SECREÇÃO TRAQUEAL	360
55.1	OBJETIVO	360
55.2	ABRANGÊNCIA	360
55.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	360
55.4	INDICAÇÃO DE ABERTURA.....	361
55.5	PROCEDIMENTOS	361
55.6	MEDICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA INTUBAÇÃO	362
55.7	REFERÊNCIAS	363
55.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	364
56.	ABERTURA DO KIT DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	365
56.1	OBJETIVO	365
56.2	ABRANGÊNCIA	365
56.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	365
56.4	PROCEDIMENTOS	366
56.5	OBSERVAÇÕES	367
56.6	REFERÊNCIAS	367
56.7	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	368
57.	ABERTURA DO KIT DE TRAQUEOSTOMIA.....	368
57.1	DEFINIÇÃO	368
57.2	OBJETIVO	369
57.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	369
57.4	INDICAÇÃO	369

57.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	370
57.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	371
57.7	OBSERVAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DA INTUBAÇÃO.....	372
57.8	REGISTRO.....	372
57.9	REFERÊNCIAS	372
57.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	373
58.	ASSISTÊNCIA E MANUTENÇÃO DO PACIENTE SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)	374
58.1	DEFINIÇÃO	374
58.2	ABRANGÊNCIA.....	374
58.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	374
58.4	INDICAÇÃO	374
58.5	CONTRA-INDICAÇÕES.....	375
58.6	DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DE DESMAME	375
58.7	OBSERVAÇÕES:.....	377
58.8	REGISTRO.....	377
58.9	REFERÊNCIAS	377
58.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	378
59.	DESMAME DA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA MECÂNICA	379
59.1	DEFINIÇÃO	379
59.2	OBJETIVO	380
59.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	380
59.4	INDICAÇÃO	380
59.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	380
59.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	380
59.7	REGISTRO.....	381
59.8	REFERÊNCIAS	381
59.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	381
60.	LIMPEZA E CUIDADOS COM TRAQUEÓSTOMO	382
60.1	DEFINIÇÃO	382

60.2	OBJETIVO	383
60.3	ABRANGÊNCIA	383
60.4	COMPOSIÇÃO	383
60.5	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	383
60.6	INDICAÇÃO	383
60.7	CONTRAINDICAÇÃO	383
60.8	MATERIAL NECESSÁRIO	384
60.9	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	384
60.10	OBSERVAÇÕES	385
60.11	REFERÊNCIAS	385
60.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	386
61.	PUNÇÃO ARTERIAL PARA GASOMETRIA	387
61.1	DEFINIÇÃO	387
61.2	OBJETIVO	387
61.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	387
61.4	ABRANGÊNCIA	387
61.5	MATERIAL NECESSÁRIO	387
61.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	387
61.7	PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERFERÊNCIA NO TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO	389
61.8	OBSERVAÇÕES	390
61.9	REGISTRO	390
61.10	REFERÊNCIAS	390
61.11	HISTÓRICO DE REVISÃO	391
62.	ELETROCARDIOGRAMA	392
62.1	OBJETIVO	392
62.2	ABRANGÊNCIA	392
62.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	392
62.4	COMPOSIÇÃO	392
62.5	INDICAÇÃO	393

62.6	CONTRA-INDICAÇÃO	393
62.7	MECANISMO DE AÇÃO	393
62.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	393
62.9	REGISTRO.....	394
62.10	PERIODICIDADE DE TROCA	394
62.11	REFERÊNCIAS	394
62.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	395
63.	CURATIVO COM ALGINATO DE CÁLCIO.....	396
63.1	OBJETIVO	396
63.2	ABRANGÊNCIA.....	396
63.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	396
63.4	COMPOSIÇÃO	397
63.5	MECANISMO DE AÇÃO	397
63.6	INDICAÇÃO	397
63.7	TIPOS DE FERIDAS.....	397
63.8	CONTRAINDICAÇÃO.....	397
63.9	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	397
63.10	PERIODICIDADE DE TROCA	398
63.11	OBSERVAÇÕES	398
63.12	REGISTRO.....	398
63.13	REFERÊNCIAS	398
63.14	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	399
64.	CURATIVO COM ESPUMA DE PRATA.....	400
64.1	OBJETIVO	400
64.2	ABRANGÊNCIA.....	401
64.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	401
64.4	COMPOSIÇÃO	401
64.5	INDICAÇÃO	401
64.6	CONTRAINDICAÇÃO.....	401

64.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	401
64.8	PERIODICIDADE DA TROCA.....	402
64.9	OBSERVAÇÕES	402
64.10	REGISTRO	402
64.11	REFERÊNCIAS	402
64.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	403
65.	CURATIVO COM PLACA DE HIDROCOLÓIDE	404
65.1	OBJETIVO	404
65.2	ABRANGÊNCIA	405
65.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	405
65.4	COMPOSIÇÃO	405
65.5	MECANISMO DE AÇÃO	405
65.6	INDICAÇÃO	405
65.7	CONTRAINDICAÇÃO.....	406
65.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	406
65.9	PERIODICIDADE DA TROCA.....	406
65.10	OBSERVAÇÕES	406
65.11	REGISTRO.....	406
65.12	REFERÊNCIAS	407
65.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	407
66.	CURATIVO COM GAZE ANTIMICROBIANA (KERLIX).....	409
66.1	OBJETIVO	409
66.2	ABRANGÊNCIA.....	409
66.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	409
66.4	INDICAÇÃO	409
66.5	FINALIDADE	409
66.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	409
66.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	410
66.8	PERIODICIDADE DA TROCA.....	411

66.9	REGISTRO.....	411
66.10	OBSERVAÇÕES	412
66.11	REFERÊNCIAS	412
66.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	412
67.	CURATIVO DE OSTOMIAS	414
67.1	OBJETIVO	414
67.2	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	414
67.3	CUIDADOS GERAIS.....	414
67.4	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	415
	Cobertura, fixação e estabilização	415
	Manejo e manutenção	415
67.5	PERIODICIDADE DA TROCA.....	415
67.6	REGISTRO.....	416
67.8	OBSERVAÇÕES	416
67.9	REFERÊNCIAS	416
67.10	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	417
68	CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)	418
68.1	OBJETIVO	418
68.2	ABRANGÊNCIA.....	418
68.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	418
68.4	COMPOSIÇÃO	418
68.5	MECANISMO DE AÇÃO	419
68.6	TIPOS DE FERIDAS.....	419
68.7	INDICAÇÃO	419
68.8	CONTRAINDICAÇÃO.....	419
68.9	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	419
68.10	PERIODICIDADE DA TROCA.....	420
68.11	REGISTRO.....	420
68.12	OBSERVAÇÕES	420

68.13	REFERÊNCIAS	420
68.14	HISTÓRICO DE REVISÃO	421
69	CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE	422
69.1	OBJETIVO	422
69.2	ABRANGÊNCIA	422
69.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	422
69.4	COMPOSIÇÃO	423
69.5	MECANISMO DE AÇÃO	423
69.6	INDICAÇÃO	423
69.7	CONTRAINDICAÇÃO	423
69.8	MODO DE USO	423
69.9	PERIODICIDADE DE TROCA	424
69.10	OBSERVAÇÕES	424
69.11	REGISTRO	424
69.12	REFERÊNCIAS	424
69.13	HISTÓRICO DE REVISÃO	425
70	CURATIVO COM DESBRIDANTE ENZIMÁTICO HIDROGEL/COLAGENASE	425
70.1	OBJETIVO	425
70.2	ABRANGÊNCIA	425
70.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	426
70.4	COMPOSIÇÃO	426
70.5	MECANISMO DE AÇÃO	426
70.6	INDICAÇÃO	426
70.7	CONTRAINDICAÇÃO	426
70.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	426
70.9	PERIODICIDADE DA TROCA	427
70.10	OBSERVAÇÕES	427
70.11	REGISTRO	427
70.12	REFERÊNCIAS	427

70.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	427
71.	CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA 0,1%	429
71.1	DEFINIÇÃO	429
71.2	OBJETIVO	429
71.3	ABRANGÊNCIA.....	429
71.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	429
71.5	INDICAÇÃO	429
71.6	CONTRAINDICAÇÃO.....	429
71.7	MATERIAL NECESSÁRIO	429
71.8	COMPOSIÇÃO	430
71.9	MECANISMO DE AÇÃO	430
71.10	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	430
71.11	PERIODICIDADE DA TROCA.....	430
71.12	OBSERVAÇÕES	431
71.13	REGISTRO.....	431
71.14	REFERÊNCIAS	431
71.15	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	431
72	CURATIVO COM GAZE NÃO ADERENTE IMPREGNADA COM EMULSÃO DE PETROLATUM	433
72.1	DEFINIÇÃO	433
72.2	OBJETIVO	433
72.3	ABRANGÊNCIA.....	433
72.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	433
72.5	INDICAÇÃO	433
72.6	CONTRAINDICAÇÃO.....	434
72.7	MATERIAL NECESSÁRIO	434
72.8	COMPOSIÇÃO	434
72.9	MECANISMO DE AÇÃO	434
72.10	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	434
72.11	PERIODICIDADE DA TROCA.....	435

72.12	OBSERVAÇÕES	435
72.13	REGISTRO.....	435
72.14	REFERÊNCIAS	435
72.15	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	436
73.	CURATIVO ALIVIADOR DE PRESSÃO	437
73.1	DEFINIÇÃO	437
73.2	OBJETIVO	437
73.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA	437
73.4	INDICAÇÃO	437
73.5	MATERIAL NECESSÁRIO	438
73.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	438
73.7	RECOMENDAÇÕES.....	439
73.8	BIBLIOGRAFIA	440
73.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	440
74	CURATIVO BOTA DE UNNA.....	441
74.1	abrangência	441
74.2	objetivo.....	441
74.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	442
74.4	COMPOSIÇÃO	442
74.5	MECANISMO DE AÇÃO	442
74.6	INDICAÇÃO	442
74.7	CONTRA-INDICAÇÃO	442
74.8	MATERIAL NECESSÁRIO	442
74.9	MODO DE USAR.....	442
74.10	ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS	443
74.11	periodicidade de trocas.....	444
74.12	REFERÊNCIAS	444
74.13	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	445
75.2	ABRANGÊNCIA.....	446

75.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	446
75.5	INDICAÇÃO	446
75.6	CONTRA-INDICAÇÃO	446
75.7	MATERIAL NECESSÁRIO	447
75.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	447
75.9	REFERÊNCIAS	449
75.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	450
76	CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA	451
76.1	DEFINIÇÃO	451
76.2	OBJETIVO	451
76.3	VIAS DE ACESSO PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL	451
76.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	451
76.5	DIRETRIZES	452
76.6	MATERIAL NECESSÁRIO	452
76.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	452
76.8	OBSERVAÇÕES E CUIDADOS PARA INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DA NP	453
76.9	REFERÊNCIAS	454
76.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	455
77	INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL	456
77.1	DEFINIÇÃO	456
77.2	OBJETIVO	456
77.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	456
77.4	INDICAÇÃO	456
77.5	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS	457
77.6	VIAS DE ACESSO	457
77.7	MATERIAL NECESSÁRIO	457
77.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	458
77.9	REGISTRO	458
77.10	RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES	458

77.11	REFERÊNCIAS	459
77.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	460
78	INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL	461
78.1	DEFINIÇÃO	461
78.2	OBJETIVOS	461
78.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	462
78.4	ABRANGÊNCIA	462
78.5	INDICAÇÃO	462
78.6	CONTRAINDICAÇÃO	462
78.7	MATERIAL NECESSÁRIO	462
	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	463
78.8	REGISTRO	463
78.9	OBSERVAÇÕES	464
78.10	REFERÊNCIAS	464
78.11	HISTÓRICO DE REVISÃO	465
79.	ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS E/OU LÍQUIDOS POR VIA ORAL	466
79.1	DEFINIÇÃO	466
79.2	OBJETIVOS	466
79.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	466
79.4	ABRANGÊNCIA	466
79.5	INDICAÇÃO	466
79.6	CONTRAINDICAÇÃO	466
79.7	MATERIAL NECESSÁRIO	467
79.8	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	467
79.9	REGISTRO	468
79.10	OBSERVAÇÕES	468
79.11	REFERÊNCIAS	469
79.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	469
80.	CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DE DIETAS ENTERAIS MANIPULADAS	470

80.1	DEFINIÇÃO	470
80.2	OBJETIVO	470
80.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	470
80.4	INDICAÇÃO	470
80.5	MATERIAL NECESSÁRIO	470
80.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	470
	Equipe de Enfermagem:	471
80.7	REGISTRO	472
80.8	REFERÊNCIAS	472
80.9	HISTÓRICO DE REVISÃO	472
81	SECREÇÃO DE ASPIRADO TRAQUEAL PARA CULTURA MICROBIOLÓGICA	474
81.1	OBJETIVO	474
81.2	ABRANGÊNCIA	474
81.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	474
81.4	INDICAÇÃO	474
81.5	MATERIAL NECESSÁRIO	474
81.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	475
81.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	475
81.8	CONSERVAÇÃO	475
81.9	REGISTRO	475
81.10	OBSERVAÇÕES	476
81.11	REFERÊNCIAS	476
81.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	477
82	COLETA DE HEMOCULTURA	478
82.1	DEFINIÇÃO	478
82.2	OBJETIVO	478
82.3	ABRANGÊNCIA	478
82.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	479
82.5	INDICAÇÃO	479

82.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	479
82.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	479
82.8	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	480
82.9	REGISTRO.....	480
82.10	OBSERVAÇÕES	480
82.11	REFERÊNCIAS	481
82.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	482
83	COLETA DE PONTA DE CATETER INTRAVASCULAR PARA CULTURA	483
83.1	DEFINIÇÃO	483
83.2	OBJETIVO	484
83.3	ABRANGÊNCIA.....	484
83.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	484
83.5	INDICAÇÃO	484
83.6	MATERIAL NECESSÁRIO.....	484
83.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	484
83.8	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	485
83.9	REGISTRO.....	485
83.10	OBSERVAÇÕES	485
83.11	REFERÊNCIAS	485
83.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	486
84	COLETA DE SECREÇÃO NASAL PARA CULTURA	487
84.1	OBJETIVO	487
84.2	ABRANGÊNCIA.....	487
84.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	487
84.4	INDICAÇÃO	487
84.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	487
84.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	487
84.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	488
84.8	REGISTRO.....	488

84.9	OBSERVAÇÕES	488
84.10	REFERÊNCIAS	489
84.11	HISTÓRICO DE REVISÃO	489
85	COLETA DE URINA PARA UROCULTURA	490
85.1	DEFINIÇÃO	490
85.2	OBJETIVO	490
85.3	ABRANGÊNCIA	490
85.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	490
85.5	INDICAÇÃO	490
85.6	MATERIAL NECESSÁRIO	491
85.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	491
	Amostra de urina de jato médio	491
	Feminina	491
	Masculina	491
	Amostra de urina de qualquer jato	492
	Pacientes com cateter urinário	492
	Urina coletada por sonda de alívio	493
	Punção suprapúbica	493
	Urina de Primeiro Jato	493
85.8	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	493
85.9	REGISTRO	493
85.10	OBSERVAÇÕES:	493
85.11	REFERÊNCIAS	494
85.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	494
86	BACILOSCOPIA (TUBERCULOSE E HANSENÍASE)	495
86.1	OBJETIVO	495
86.2	ABRANGÊNCIA	495
86.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	495
86.4	INDICAÇÃO	496

86.5	MATERIAL NECESSÁRIO.....	496
86.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	496
	Técnica de coleta (Baciloscopia para TUBERCULOSE).....	496
	Técnica de coleta (Baciloscopia para HANSENÍASE).....	497
86.7	FRASCO UTILIZADO PARA COLETA E TRANSPORTE DA AMOSTRA.....	498
86.8	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS.....	498
86.9	REGISTRO:.....	499
86.10	OBSERVAÇÕES.....	499
86.11	REFERÊNCIAS	499
86.12	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	499
87	COPROCULTURA.....	500
87.1	OBJETIVO	500
87.2	ABRANGÊNCIA.....	501
87.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	501
87.4	INDICAÇÃO	501
87.5	MATERIAL NECESSÁRIO:.....	501
87.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	501
	Técnica de Coleta Simples.....	501
	Técnica de Coleta Para o Swab Retal	501
	Conteúdo De Colostomia, Ileostomia Ou Duodenal	502
87.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:.....	502
87.8	REGISTRO.....	502
87.9	OBSERVAÇÕES:.....	502
87.10	REFERÊNCIAS	502
87.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	503
88	COLETA DE SECREÇÃO DE FERIDAS E ABCESSOS.....	504
88.1	OBJETIVO	504
88.2	ABRANGÊNCIA.....	504
88.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	504

88.4	INDICAÇÃO:	504
88.5	MATERIAL NECESSÁRIO:.....	504
88.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	504
	Técnica de coleta simples:.....	504
	Técnica de coleta de secreção de ferida com swab	505
	Técnica de coleta de biópsia da pele.....	505
88.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:.....	506
88.9	OBSERVAÇÕES	506
88.10	REGISTRO	506
88.11	REFERÊNCIAS	506
88.12	HISTÓRICO DE REVISÃO	507
89.	COLETA DE AMOSTRA PARA O DIAGNÓSTICO DE H1N1	508
89.1	OBJETIVO:	508
89.2	ABRANGÊNCIA:.....	508
89.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:	508
89.4	INDICAÇÃO:	508
89.5	MATERIAL NECESSÁRIO:.....	508
89.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	508
89.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:.....	509
89.8	OBSERVAÇÕES:	509
89.9	REFERÊNCIAS:	509
89.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	510
90.	COLETA DE CULTURA DE VIGILÂNCIA.....	511
90.1	OBJETIVO	511
90.2	ABRANGÊNCIA	511
90.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	511
90.4	INDICAÇÃO	511
90.5	MATERIAL NECESSÁRIO:.....	511
90.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	512

90.7	IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:.....	512
90.8	OBSERVAÇÕES	512
90.9	REGISTRO.....	512
90.10	REFERÊNCIAS	513
90.11	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	513
91.	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: COMO ELABORAR?	514
91.1	DEFINIÇÃO	514
91.2	OBJETIVO	514
91.3	RESPONSABILIDADE.....	514
	Setor de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS)	514
	Setores/Unidades	515
91.4	FORMATAÇÃO	515
	Cabeçalho:	516
	Corpo do Texto:.....	516
	Histórico das Revisões:.....	517
	Campo de Elaboração/Revisão, Análise, Validação e Aprovação:	517
	Controle de Alterações.....	517
91.5	PASSOS PARA CONSTRUÇÃO	517
91.6	ORIENTAÇÕES.....	518
91.7	REFERÊNCIAS	518
91.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	519
92	PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE (INTRA-HOSPITALAR)	520
92.1	DEFINIÇÃO	520
92.2	OBJETIVO	521
92.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	521
92.4	MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:	521
92.5	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:	521
	Setor de Origem:	521
	Setor de Destino:.....	522

92.6	NIR:	525
92.7	INDICADORES:	525
92.8	REFERÊNCIAS	526
92.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	526
93	PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE (INTER-HOSPITALAR).....	527
93.1	DEFINIÇÃO	527
93.2	OBJETIVO	527
93.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	527
93.4	MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:	527
93.5	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:	527
	Setor de Origem:	527
	Documentos necessários para a transferência inter-hospitalar:	529
93.6	NIR:	530
93.7	INDICADORES:	530
93.8	REFERÊNCIAS	530
93.9	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	530
94	PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA ALTA HOSPITALAR	531
94.1	DEFINIÇÃO	531
94.2	OBJETIVO	531
94.3	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	531
94.4	MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE ALTA:	532
94.5	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:	532
	Programação da Alta Hospitalar (24 horas de antecedência):.....	532
	Alta Efetiva (no dia da alta hospitalar):	532
	Documentos Necessários para a Alta Hospitalar:	538
94.6	INDICADORES:	538
94.7	REFERÊNCIAS	538
94.8	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	539
95	PASSAGEM DE PLANTÃO	540

95.1	DEFINIÇÃO	540
95.2	OBJETIVO	540
95.3	ABRANGÊNCIA	540
95.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	540
95.5	MATERIAIS NECESSÁRIOS	541
95.6	ETAPAS	541
95.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	541
95.8	OBSERVAÇÕES	542
95.9	REFERÊNCIAS	543
95.10	HISTÓRICO DE REVISÃO	543
96	REGISTRO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	544
96.1	DEFINIÇÃO	544
96.2	OBJETIVO	544
96.3	ABRANGÊNCIA	545
96.4	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	545
96.5	INDICAÇÃO	545
96.6	MATERIAL NECESSÁRIO	545
96.7	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	545
96.7	REFERÊNCIAS	551
96.8	HISTÓRICO DE REVISÃO	551
97.	TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	552
97.1	DEFINIÇÃO	552
97.2	objetivo	552
97.3	profissionais envolvidos	552
97.4	indicação	552
97.5	material NECESSÁRIO	552
97.6	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	553
	Normas Gerais	553
	Cabe ao Enfermeiro da Unidade de Origem	553

Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade de Origem.....	554
Equipe de Transporte – Durante o transporte	554
Cabe ao Enfermeiro da Unidade Receptora.....	555
Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade Receptora	555
97.7 RECOMENDAÇÕES.....	556
Normas	556
97.8 BIBLIOGRAFIA	558
97.9 HISTÓRICO DE REVISÃO.....	559

1. PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE OBSERVAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.1 DEFINIÇÃO

Sala de Observação da Urgência e Emergência é destinada ao recebimento de pacientes estáveis, de baixa e médias complexidade.

1.2 OBJETIVO

Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento de forma à adapta-lo ao ambiente hospitalar proporcionando segurança e cuidado integrado e multidisciplinar.

1.3 PÚBLICO ALVO

Clientes que não apresentam sinais de gravidade, estáveis e de baixa complexidade conforme as diretrizes do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester advindos de demanda espontânea; ou através de Unidades de Suporte Básico (USB) ou encaminhados por pontos da rede de saúde que atendam o perfil pactuado na rede PEBA para Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU UNIVASF). E ainda, pacientes transferidos de outros setores do hospital, como a Sala de Emergência e Bloco Cirúrgico, para a Sala de Observação da Urgência e Emergência do HU UNIVASF.

1.4 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Sala de Observação da Urgência e Emergência

1.5 RESPONSABILIDADES

Equipe multiprofissional

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Observação de Urgência e Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido);
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Médico

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Observação de Urgência e Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Admitir o paciente após passagem pelo acolhimento e Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, classificado como paciente verde;
- Prestar assistência efetiva (investigação e tratamento) ao paciente com os devidos registros;
- Solicitar os pareceres médicos necessários;
- Solicitar os exames necessários;

- Realizar internamento do paciente com preenchimento da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) em até 24 horas do momento de atendimento inicial;
- Solicitar referência e contra referência aos serviços envolvidos;
- Realizar a Evolução médica;
- Realizar a Prescrição Médica;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).

Enfermeiro

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Observação da Urgência e Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso;
- Recepcionar paciente classificado como paciente verde;
- Determinar o leito (local) a ser ocupado, em caso de precauções e identificar os leitos;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Verificar sinais vitais e monitoriza-lo;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Realizar a troca de dispositivos (sondas e cateteres) instalados em outra unidade hospitalar (pacientes regulados);
- Realizar coleta de Swab nasofaringe e anal (pacientes regulados);
- Realização de exames conforme solicitação médica, como gasometria, ECG;
- Encaminhamento para exames de imagem conforme solicitação médica (VER POP DE ENCAMINHAMENTO DE EXAMES);
- Organizar o prontuário em pasta com identificação do leito/paciente;
- Aplicar escala de Braden, identificando risco de desenvolvimento de Lesão por pressão;
- Aplicar escala de Morse / Risco de queda identificando com a pulseira AMARELA quando houver risco;
- Encaminhar os pareceres solicitados;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, aprazar prescrição, iniciar medicação de prioridade (hidratação venosa, antibiótico, anti-hipertensivo, quando necessário);
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;

- Registrar no livro de ocorrência admissão e transferência dos pacientes;
- Monitorar o cumprimento das atividades do Técnico de Enfermagem, conforme escala de serviço;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).

Técnico de enfermagem

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Observação da Urgência e Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso;
- Preparar o leito higienizado e forrado, com lençóis limpos e sem pregas;
- Manter bombas de infusão limpa e em fonte de energia;
- Recepcionar paciente;
- Verificar sinais vitais;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Posicionar sondas, drenos e cateteres, lembrando sempre das técnicas assépticas;
- Realizar punção venosa periférica, se necessário, conforme solicitação e em seguida colocar a data, o dispositivo utilizado e o nome do profissional que realizou a punção;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Colocar a pulseira de identificação no paciente;
- Realizar anotações de enfermagem;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia;
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Preparar o material para procedimentos solicitados;
- Encaminhar para exames de imagem, conforme solicitação médica;
- Protocolar seus pertences e encaminhar ao serviço de guarda volume, no caso de Serviço Noturno, condicionar no armário reservado para este fim;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.);
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Chefe de setor

- Supervisionar o cumprimento do protocolo;
- Realizar educação permanente, se identificado qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

1.6 PREPARAÇÃO DO LEITO

O leito é um fator importante na obtenção do repouso e conforto adequados, sendo essencial na manutenção e recuperação da saúde.

Materiais utilizados

- Saco para roupa suja – Hamper
- Pares de luvas de procedimento
- Compressas limpas
- Clorexidina alcoólica 2%
- Cobertor (cama cirúrgica ou baixas temperaturas)
- 1 lençol
- 1 lençol móvel

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos;
- Abaixe as grades laterais de ambos os lados e eleve o leito em uma posição confortável de trabalho;
- Retire a roupa de cama suja e coloque-a no hamper de roupa suja. Evite chacoalhar ou balançar os lençóis;
- Acione a equipe de higienização que realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito;
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;

- Higienize as mãos e coloque luvas limpas;
- Após a Higienização do leito, reposicionar o colchão, retirar toda a umidade do colchão;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente;
- Colocar a roupa limpa no móvel de apoio do leito na sequência de utilização;
- Forrar o leito com lençóis limpos e secos, conforme o tipo de leito (VER POP DE TIPOS DE LEITOS);
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos.

1.7 REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S, FAKIH, T., CANTERAS, L. M. S, TERERAN, N. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático, 2ª edição. Guanabara Koogan, 04/2017. VitalBook file.

POTTER, P. A.; et al. Fundamentos de enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195> . Acesso em 16/10/2020.

1.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	09/11/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Isabella Gomes Wanderley

Patricia Samara Portela Oliveira Calixto

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

2. PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

2.1 DEFINIÇÃO

A Sala de cuidados intermediários é o local da instituição hospitalar destinado ao recebimento de pacientes graves estáveis, que requerem monitorização, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.

2.2 OBJETIVO

Acolher o paciente no leito, organizando e conectando-o aos dispositivos de monitoramento clínico de modo a proporcionar segurança e conforto na unidade do paciente e tratamento de acordo com o grau de comprometimento de saúde.

2.3 PUBLICO ALVO

Admissão do paciente em estado crítico, que necessite de cuidados semi-intensivos e intensivos, em ventilação mecânica ou não.

2.4 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Sala de Cuidados Intermediários

2.5 RESPONSABILIDADES

Equipe multiprofissional

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Cuidados Intermediários;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico;

Médico

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Cuidados Intermediários;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Prestar assistência efetiva (investigação e tratamento) ao paciente com os devidos registros;
- Solicitar os pareceres médicos necessários;
- Solicitar os exames necessários;
- Encaminhar, junto a equipe multiprofissional, pacientes graves para a realização de exames de imagem (Ver POP DE ENCAMINHAMENTO DE EXAMES);

- Solicitar referência e contra referência aos serviços envolvidos;
- Realizar a Evolução médica;
- Realizar a Prescrição Médica;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).

Enfermeiro

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Cuidados Intermediário;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico.
- Determinar o leito a ser ocupado, em caso de precauções e identifica-lo;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Colocar a pulseira de identificação no paciente;
- Verificar sinais vitais e monitoriza-lo;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Realizar a troca de dispositivos (sondas e cateteres) instalados em outra unidade hospitalar (pacientes regulados);
- Realização de exames conforme solicitação médica, como gasometria, ECG;
- Encaminhamento para exames de imagem conforme solicitação médica (VER POP DE ENCAMINHAMENTO DE EXAMES);
- Organizar o prontuário em pasta com identificação do leito/paciente;
- Abrir folha de controle e balanço hídrico e anotar sinais vitais;
- Aplicar escala de Braden, identificando risco de desenvolvimento de Lesão por pressão;
- Aplicar escala de Morse / Risco de queda identificando com a pulseira AMARELA quando houver risco;
- Encaminhar os pareceres solicitados;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, aprazar prescrição, iniciar medicação de prioridade (hidratação venosa, antibiótico, droga vasoativa, sedação, anti-hipertensivo, quando necessário);

- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;
- Monitorar o cumprimento das atividades do Técnico de Enfermagem, conforme escala de serviço;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).
- Registrar no livro de ocorrência admissão e transferência dos pacientes;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Técnico de enfermagem

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Cuidados intermediários;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico;
- Preparar o leito higienizado e forrado, com lençóis limpos e sem pregas;
- Manter monitor multiparamétrico limpo, com alarmes ativos e em fonte de energia;
- Manter bombas de infusão limpa e em fonte de energia;
- Manter 01 (um) ventilador mecânico montado e em fonte de energia;
- Recepcionar paciente;
- Receber o paciente do profissional da unidade de origem que repassará o quadro do paciente;
- Verificar sinais vitais e monitoriza-lo;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Posicionar sondas, drenos e cateteres, lembrando sempre das técnicas assépticas;
- Avaliar a permeabilidade do (s) acesso (s) venoso (s) periférico (s) ou central;
- Realizar punção venosa periférica, se necessário, conforme solicitação e em seguida colocar a data, o dispositivo utilizado e o nome do profissional que realizou a punção;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Colocar a pulseira de identificação no paciente;
- Recolher e conferir prontuário;
- Iniciar Folha de Controle e Balanço Hídrico e anotar sinais vitais;
- Realizar anotações de enfermagem.
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia;

- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Preparar o material para procedimentos solicitados;
- Encaminhar para exames de imagem, conforme solicitação médica;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.);
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou near miss (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Chefe de setor

- Supervisionar o cumprimento do protocolo;
- Realizar educação permanente, se identificado qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

2.6 PREPARAÇÃO DO LEITO

O leito é um fator importante na obtenção do repouso e conforto adequados, sendo essencial na manutenção e recuperação da saúde.

Materiais utilizados

- Saco para roupa suja – Hamper
- Pares de luvas de procedimento
- Compressas limpas
- Clorexidina alcoólica 2%
- Cobertor (cama cirúrgica ou baixas temperaturas)
- 1 lençol
- 1 lençol móvel

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos;
- Abaixe as grades laterais de ambos os lados e eleve o leito em uma posição confortável de trabalho;

- Retire a roupa de cama suja e coloque-a no hamper de roupa suja. Evite chacoalhar ou balançar os lençóis;
- Acione a equipe de higienização que realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito;
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, ventilador mecânico, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;
- Realizar a substituição do ambú e de todo o circuito do ventilador mecânico;
- Higienize as mãos e coloque luvas limpas;
- Após a Higienização do leito, reposicionar o colchão, retirar toda a umidade do colchão;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente; 10. Colocar a roupa limpa no móvel de apoio do leito na sequência de utilização;
- Forrar o leito com lençóis limpos e secos, conforme o tipo de leito (VER POP DE TIPOS DE LEITOS);
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos.

2.7 REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S, FAKIH, T., CANTERAS, L. M. S, TERERAN, N. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático, 2ª edição. Guanabara Koogan, 04/2017. VitalBook file.

POTTER, P. A.; et al. Fundamentos de enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195> . Acesso em 16/10/2020.

2.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	09/11/2020	

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente)

Elaboração/Revisão

Isabella Gomes Wanderley

Data: ____/____/____

Patricia Samara Portela Oliveira Calixto

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)

Data: ____/____/____

3 PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE EMERGÊNCIA

3.1 DEFINIÇÃO

A Sala de Emergência é o local da instituição hospitalar destinado ao recebimento de pacientes graves com instabilidade fisiológica ou potencial para isso, com necessidade de atendimento técnico especializado ou suporte de vida artificial.

3.2 OBJETIVO

Acolher o paciente no leito, organizando e iniciando monitorização não invasiva hemodinâmica, respiratória, neurológica, identificação de sinais vitais (SSVV) na chegada e realização de exames admissionais, conforme solicitação médica.

3.3 PUBLICO ALVO

Clientes em agravos, acolhidos com sinais de gravidade, classificados nas cores Vermelha ou Laranja conforme as diretrizes do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester e clientes trazidos para Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU UNIVASF) através de Unidades de Suporte Avançado (USA) ou UTI móvel, que atendam o perfil pactuado na rede PEBA

3.4 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Sala de Emergência

3.5 RESPONSABILIDADES

Equipe multiprofissional

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Emergência;

- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Médico plantonista

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Recepcionar paciente com sinais de gravidade via regulação, demanda espontânea e/ou através de Unidades de Suporte Avançado (USA) ou UTI móvel, que atendam o perfil pactuado na rede PEBA.
- Prestar assistência efetiva (investigação e tratamento) ao paciente com os devidos registros;
- Solicitar os pareceres médicos necessários;
- Solicitar os exames necessários;
- Encaminhar, junto a equipe multiprofissional, pacientes graves para a realização de exames de imagem (Ver POP DE ENCAMINHAMENTO DE EXAMES);
- Realizar internamento do paciente com preenchimento da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) em até 24 horas do momento de atendimento inicial;
- Solicitar referência e contra referência aos serviços envolvidos;
- Realizar a Evolução médica;
- Realizar a Prescrição Médica;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).

**** Os pacientes admitidos em demanda espontânea ou trazidos pelo Serviço Atendimento Médico de Urgência serão triados para a Clínica Médica (não trauma) ou Cirurgia Geral (trauma);***

**** A equipe que realizou o primeiro atendimento é responsável pelo paciente até que outra equipe assuma formalmente os cuidados desse em outra unidade;***

**** Pacientes regulados para especialidade específica deverão ter seu primeiro atendimento realizado por essa. Salvo situações em que o médico da referida especialidade já esteja em outro procedimento emergencial;***

**** As especialidades de apoio à sala de emergência devem responder prontamente os pedidos de pareceres emanadas dessa unidade.***

Enfermeiro

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico.
- Recepcionar paciente com sinais de gravidade via regulação, demanda espontânea e/ou através de Unidades de Suporte Avançado (USA) ou UTI móvel, que atendam o perfil pactuado na rede PEBA;
- Orientar e encaminhar familiar e/ou profissional de saúde responsável pelo transporte do paciente até a unidade de saúde para a realização da FICHA DE ATENDIMENTO (Recepção interna);
- Determinar o leito (local) a ser ocupado, em caso de precauções e identificar as macas;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Colocar a pulseira de identificação no paciente;
- Verificar sinais vitais e monitorizá-lo;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Realizar a troca de dispositivos (sondas e cateteres) instalados em outra unidade hospitalar (pacientes regulados);
- Realizar coleta de Swab nasofaringe e anal (pacientes regulados);
- Realização de exames conforme solicitação médica, como gasometria, ECG;
- Encaminhamento para exames de imagem conforme solicitação médica (VER POP DE ENCAMINHAMENTO DE EXAMES);
- Organizar o prontuário em pasta com identificação do leito/paciente;
- Abrir folha de controle e balanço hídrico e anotar sinais vitais;
- Aplicar escala de Braden, identificando risco de desenvolvimento de Lesão por pressão;
- Aplicar escala de Morse / Risco de queda identificando com a pulseira AMARELA quando houver risco;
- Encaminhar os pareceres solicitados;

- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, aprazar prescrição, iniciar medicação de prioridade (hidratação venosa, antibiótico, droga vasoativa, sedação, anti-hipertensivo, quando necessário);
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;
- Registrar no livro de ocorrência admissão e transferência dos pacientes;
- Monitorar o cumprimento das atividades do Técnico de Enfermagem, conforme escala de serviço;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.).

Técnico de enfermagem

- Conhecer o fluxograma de atendimento e organizacional da Sala de Emergência;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
- Verificar o funcionamento e manutenção dos equipamentos no setor;
- Conferir painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido), monitor cardíaco e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico;
- Preparar o leito com macas higienizadas e forradas, com lençóis limpos e sem pregas;
- Manter monitor multiparamétrico limpo, com alarmes ativos e em fonte de energia;
- Manter bombas de infusão limpa e em fonte de energia;
- Manter 01 (um) ventilador mecânico montado e em fonte de energia;
- Recepcionar paciente com sinais de gravidade via regulação, demanda espontânea e/ou através de Unidades de Suporte Avançado (USA) ou UTI móvel, que atendam o perfil pactuado na rede PEBA;
- Orientar e encaminhar familiar e/ou profissional de saúde responsável pelo transporte do paciente até a unidade de saúde para a realização da FICHA DE ATENDIMENTO (Recepção interna);
- Verificar sinais vitais e monitoriza-lo;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Posicionar sondas, drenos e cateteres, lembrando sempre das técnicas assépticas;
- Realizar punção venosa periférica, se necessário, conforme solicitação e em seguida colocar a data, o dispositivo utilizado e o nome do profissional que realizou a punção;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do registro, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Colocar a pulseira de identificação no paciente;

- Realizar anotações de enfermagem;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia;
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;
- Preparar o material para procedimentos solicitados;
- Encaminhar para exames de imagem, conforme solicitação médica;
- Protocolar seus pertences e encaminhar ao serviço de guarda volume, no caso de Serviço Noturno, condicionar no armário reservado para este fim;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.);
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Chefe de setor

- Supervisionar o cumprimento do protocolo;
- Realizar educação permanente, se identificado qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

3.6 PREPARAÇÃO DO LEITO

O leito é um fator importante na obtenção do repouso e conforto adequados, sendo essencial na manutenção e recuperação da saúde.

Materiais utilizados

- Saco para roupa suja – Hamper
- Pares de luvas de procedimento
- Compressas limpas
- Clorexidina alcoólica 2%
- Cobertor (cama cirúrgica ou baixas temperaturas)
- 1 lençol
- 1 lençol móvel

Descrição do procedimento

- Higienizar as mãos;
- Abaixe as grades laterais de ambos os lados e eleve o leito em uma posição confortável de trabalho;
- Retire a roupa de cama suja e coloque-a no hamper de roupa suja. Evite chacoalhar ou balançar os lençóis;
- Acione a equipe de higienização que realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito;
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, ventilador mecânico, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;
- Realizar a substituição do ambú e de todo o circuito do ventilador mecânico;
- Higienize as mãos e coloque luvas limpas;
- Após a Higienização do leito, reposicionar o colchão, retirar toda a umidade do colchão;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente;
- Forrar o leito com lençóis limpos e secos;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Higienizar as mãos.

3.7 REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S, FAKIH, T., CANTERAS, L. M. S, TERERAN, N. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático, 2ª edição. Guanabara Koogan, 04/2017. VitalBook file.

POTTER, P. A.; et al. Fundamentos de enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

3.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	09/11/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Isabella Gomes Wanderley

Luana Clementino Rodrigues

Nemora Ligia de Sousa Santana

Sebastiana Ligia Cavalcante dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

4 PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI

4.1 DEFINIÇÃO

- **Preparação do Leito** - Consiste em um conjunto de procedimentos, técnicas de limpeza e organização da unidade do paciente após desocupação do leito em razão da alta, transferência ou óbito, buscando a remoção de sujidade e a desinfecção de materiais e equipamentos.
- **Admissão do Paciente na UTI** - Admissão do paciente em estado crítico, atendendo pacientes adultos, em situação de risco iminente de morte, sujeitos a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência multiprofissional permanente, especializada e de alta complexidade

4.2 OBJETIVO

- **Preparação** - Impedir o crescimento e a disseminação de microrganismos, contribuindo para uma melhor segurança do paciente, bem como, maior efetividade na prevenção de infecção hospitalar no setor.
- **Admissão do Paciente** - Acolher o paciente no leito, organizando e iniciando monitorização não invasiva hemodinâmica, respiratória, neurológica, identificação de SSVV na chegada e realização de exames admissionais (gasometria arterial, HGT e outros).

4.3 ABRANGÊNCIA

Unidade de cuidados Intensivos e Semi- Intensivos.

4.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiro, técnicos de enfermagem e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG).

4.5 INDICAÇÃO

Após a desocupação do leito em virtude de alta, transferência ou óbito.

4.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- **Preparação** - Deverá ser preparado o leito para cada admissão, aplicando o *ckecklist* (Anexo A) sendo conferido o painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido) lençóis, eletrodos para monitorização, monitor cardíaco, pressão não invasiva (PNI) e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico, devidamente testado pela equipe de fisioterapia.
- **Admissão**- Unidade do paciente, prontuário e os impressos de registro de procedimento (folha de evolução do enfermeiro, mapa de controle de infecção (CCIRAS), ficha de protocolo para prevenção de lesão por pressão (LPP), ficha de avaliação de risco de

queda, livro de registro de pacientes, ficha de controle de SSVV, balanço hídrico e evolução técnica em enfermagem e relatório de enfermagem).

4.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparação do Leito:

- Após a desocupação do leito, o ASG realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito, sendo em média 20 min para limpeza mecânica geral do leito (teto, paredes, cortinas, cama e piso) com aplicação de produto específico padronizado pela CCIRAS. Em seguida, são necessários mais 10 minutos com produto espalhado e de molho em todo o espaço do leito, com a respectiva cortina fechada. Finalizando, 20 min para enxague final com retirada do produto e limpeza de equipamentos e preparação final do leito. Dessa forma totalizamos 50 min de limpeza terminal do leito, impossibilitando a admissão de pacientes durante este intervalo.
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, ventilador mecânico, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;
- Realizar a substituição do ambú e o todo o circuito do ventilador mecânico;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente.
- Conferir o *ckecklist*, (Anexo A), este deve ser assinado e carimbado pelo profissional de enfermagem e fisioterapeuta responsáveis pela montagem do leito.

Admissão: Após contato prévio da unidade de origem informando o encaminhamento do paciente ao setor e o estado clínico do paciente, deve-se:

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Verificar se a unidade do paciente está em ordem para poder recebê-lo;
- Recepcionar o paciente, agradavelmente, apresentando-lhe o leito, no caso de paciente consciente;
- Recolher e conferir o prontuário;
- Receber o paciente do profissional da unidade de origem que repassa o caso clínico;

- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Acomodar o paciente na sua unidade de acordo com seu estado clínico;
- Recolher seus pertences, se houver, protocolar e entregar ao familiar;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (horário de visitas e etc.);
- Realizar a anamnese do paciente;
- Verificar sinais vitais;
- Organizar o prontuário em pasta de origem do leito;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do leito, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor e procedimentos invasivos);
- Registrar o paciente no censo e livro de registro de pacientes;
- Abrir folha de controle e balanço hídrico e anotar sinais vitais;
- Abrir mapa de controle de infecção hospitalar (CCIRAS);
- Aplicar escala de Braden na admissão, identificando risco de desenvolvimento de L.P.P;
- Abrir protocolo preventivo para prevenção de L.P.P;
- Preencher ficha de avaliação de risco de queda;
- Solicitar coleta de cultura de vigilância no sistema;
- Realizar coleta swab nasal e retal para cultura de vigilância;
- Atualizar o censo com os dados do paciente admitido;
- Evoluir o paciente no prontuário de acordo com anamnese;
- Encaminhar pedidos de exames e pareceres pendentes;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, aprazar prescrição, iniciar medicação de prioridade (hidratação venosa, antibiótico, droga vasoativa, sedação, anti-hipertensivo, quando necessário);
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou do setor de origem.

4.8 OBSERVAÇÕES

- A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem do setor de origem, conferir as condições do cliente **antes** do maqueiro chegar ao setor para efetuar o transporte;
- Certificar-se da realização do internamento do cliente pelo serviço de registro;
- Certificar-se da realização da avaliação/evolução e prescrição médica do dia;

- Realizar transferência nominal do setor de origem para a UTI através do sistema informatizado de registro de pacientes;
- Solicitar ao cliente para retirada de prótese dentária (se tiver); esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, relógio; retirar esmalte das unhas (se tiver), maquiagem e outros objetos que não devem ser levados ao setor;
- O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto ao cliente, incluindo os exames de imagem e outros não fixados no mesmo (enviar as duas pastas: das prescrições e dos exames);
- É responsabilidade da equipe de enfermagem da UTI receber o cliente e o prontuário, conferir o nome com os dados do paciente e retirada dos pertences pessoais;
- Nos casos de identificar próteses, adornos e roupas íntimas não removidos no setor de origem, retirar e colocar num saco plástico, identificar e garantir devolução junto à família por meio de protocolo.

4.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

4.10 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Denise et al. Avaliação Da Limpeza De Unidade Do Paciente Em Hospitais Do Interior Do Estado De São Paulo. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 52, n.4, p. 504-513, out. /dez. 1999 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n4/v52n4a03.pdf>. Acessado em: 08 de dezembro de 2015.

ANVISA, PORTARIA Nº 2. 616, DE 12 DE MAIO DE 1998, DISPONÍVEL EM http://www.cvs.saude.sp.gov.br/legis.asp?te_codigo=6&as_codigo=47&origem=gt. Acessado dia 18 de dezembro, 2015

RESOLUÇÃO COFEN-293/2004; Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html. Acessado dia 17 de dezembro de 2015.

SALLES, C. L. S. Limpeza Hospitalar, Artigo de atualização da Câmara técnica de Coren-Sp, COREN, São Paulo, 2009. Disponível em: inter.coren.sp.gov.br/sites/default/files/Limpeza%20hospitalar.pdf. Acessado em 08 de dezembro de 2015.

SOUSA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester, Rev. Latino-Americana de Enfermagem Nº19(1), jan-fev 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf, acessado dia 17 de dezembro de 2015.

4.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	20/10/2020	Complementações nos itens: 05 (Material necessário) e 06 (Descrição do procedimento), inclusão do Anexo A - <i>Checklist</i> Montagem de Leito.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Meire Cristina Pereira da Silva de Sousa

Saulo Bezerra Xavier

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

5. PREPARAÇÃO DO LEITO E ADMISSÃO DE PACIENTE NAS CLINICAS

5.1 DEFINIÇÃO

1.1 Preparação do leito: É o preparo do leito hospitalar para receber o paciente.

1.2 Admissão do paciente na clínica: É a entrada e permanência do paciente e familiar/acompanhante na unidade de internamento hospitalar (Clínica médica, cirúrgica ou ortopédica), por determinado período, com a finalidade de se submeter a tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos.

5.2 OBJETIVO

Preparação do leito: Diminuir o risco de transmissão de microrganismos; promover conforto e bem-estar ao paciente; prevenir lesões na pele.

Admissão do paciente: Acolher o paciente de forma humanizada, sistematizando o atendimento; reduzir ansiedade e angústia do paciente e acompanhante, facilitando a adaptação dos mesmos ao ambiente hospitalar; promover a segurança do paciente, avaliando o risco de queda com o emprego da Escala de Quedas de Morse (EQM); bem como avaliar o risco para lesão por pressão aplicando a Escala de Braden.

5.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Equipe de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e estudantes do curso de técnico de enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável, Auxiliares de Serviços Gerais (ASG) e Maqueiros.

5.4 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento;
- 02 lençóis;
- Hamper ou saco descartável;
- Materiais de limpeza e desinfecção terminal;
- Prontuário do paciente;
- Exames existentes anexados;
- Presença de um familiar ou responsável;
- Aparelho de pressão;

- Termômetro
- Estetoscópio.

5.5 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Preparação do leito:

- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o hamper próximo aos pés da cama;
- Retirar as roupas usadas da cama, enrolando uma sobre a outra, colocando-as no hamper;
- Solicitar a desinfecção terminal do colchão e da cama para a equipe de limpeza (ASG);
- Estender o lençol protetor no colchão;
- Dobrar as bordas do lençol protetor na cabeceira, no lado oposto da cabeceira e nas laterais;
- Recolher os materiais;
- Retirar as luvas;
- Dar destino adequado ao material usado;
- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS.

Admissão do paciente:

- Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas estão completas, observar POP 16.2;
- Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o a deitar e dando-lhe todo o conforto possível;
- Avaliar as diversas características e necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem respeitando a individualidade do paciente;
- Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;
- Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias; horários das refeições;
- Explicar normas e rotinas do hospital quanto ao: horário de repouso e horário de visita;

- Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio para ser entregue posteriormente aos familiares;
- Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;
- Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;
- Identificar o leito;
- Anotar no relatório de enfermagem a admissão;
- Anotar no livro de admissão e censo diário CCIRAS;
- Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
- Encaminhar a prescrição médica à farmácia;
- Organizar o prontuário do paciente (dividindo em duas partes enfermagem e médica);
- Preencher as fichas de avaliação para risco de queda e escala de Braden;
- Atualizar o censo do sistema AGHU com informações e procedimentos a serem realizados nos pacientes;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem.

5.6 REGISTRO

As anotações de enfermagem são todos os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados, entre eles a execução das prescrições médicas.

Os registros devem conter informações precisas, relevantes e atualizadas, mantendo a confidencialidade das informações.

5.7 RISCOS

Ocupacionais: Lesão por esforço repetitivo e/ou por uso de mecânica corporal inadequada no preparo do leito;

Assistenciais: Contaminação do paciente por agentes biológicos em virtude de falhas no manuseio das roupas limpas; lesão de pele decorrente de falhas no preparo do leito (por presença de pregas na roupa sob o paciente).

5.8 RECOMENDAÇÕES

- Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras para evitar o desconforto e as lesões de pele;
- Colocar a roupa usada no *hamper*, evitando agitá-la. Nunca a colocar no chão;
- Manter a cama sem as roupas após a limpeza e a desinfecção terminal, quando não houve previsão de ocupação. Antes de admitir o novo cliente, friccionar álcool 70% nas partes superior da cama e vesti-la;
- Usar a mecânica corporal adequada, fazendo movimentos sincronizados, de modo a preservar a própria saúde e prevenir esforços desnecessários.

5.9 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem- versão web [Internet]. Brasília: Cofen;2016. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/08/guiaderecomenda%C3%95es.pdf>. Acesso em: 07/04/2020.

CARMAGNANI, M.I.S; et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático.2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HINKLE, J.L; CHEEVER K.H. BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. vol.I e II.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento operacional padrão enfermagem 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 05 de dez. 2015.

POTTER, P, A.; PERRY, A,G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 2006.

5.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (definição), 2 (objetivo), 5 (admissão do paciente), 6 (registro), 7 (riscos: ocupacionais e assistenciais) e 8 (recomendações).

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Data: ____/____/____

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

6. AFERIÇÃO DE TEMPERATURA AXILAR

6.1 DEFINIÇÃO

Temperatura é o equilíbrio entre a produção e a perda de calor do organismo, mediado, pelo centro termorregulador. Já a Febre é definida como uma elevação da temperatura corporal acima do normal. Esse sítio de aferição da febre é seguro, de fácil acesso e razoavelmente confortável, porém requer supervisão durante a aferição e requer mais tempo que a região do reto e a região sublingual.

6.2 OBJETIVO

Controlar a temperatura corpórea a fim de identificar alterações que auxiliem no diagnóstico e tratamento médico.

6.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos.

6.4 INDICAÇÃO

Quando necessário e/ou de acordo com a rotina de cada setor. Devendo atentar para a aferição pré, intra e pós-transfusões de hemocomponentes e hemoderivados.

6.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Prescrição médica ou de enfermagem;
- Bandeja;
- Termômetro digital;
- Algodão embebido com álcool a 70%;
- Caneta;

- Formulário de registro;
- Luvas de procedimento.

6.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica ou de enfermagem;
- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas de procedimento;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar da identificação do paciente como enfermagem, leito, nome completo;
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido com álcool a 70%;
- Observar se axila do paciente está seca, caso contrário, secá-la com papel toalha;
- Posicionar o bulbo do termômetro bem no centro da axila sem tocá-lo. Abaixar o braço do paciente sobre o termômetro e cruzá-lo sobre o peito;
- Manter o termômetro posicionado até que mesmo emita sinal sonoro;
- Remover o termômetro e verificar a temperatura na tela;
- Informar ao paciente a leitura obtida;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido de álcool a 70% após procedimento;
- Guardar o material em local apropriado após a realização da desinfecção;
- Lavar as mãos.

6.7 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Não utilizar o termômetro na região axilar se nela houver lesões de pele, processo inflamatório ou cirurgia recente;
- Em caso de pacientes em precaução/isolamento de contato, o termômetro deve ser de uso exclusivo para cada paciente.
- Ao interpretar a leitura da temperatura é importante lembrar que a mesma pode ser influenciada por alguns fatores, dentre eles: posicionamento incorreto do termômetro, nível de atividade do paciente, temperatura ambiente, nível de estresse, hora do dia em que a temperatura é medida.

6.8 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

6.9 REFERÊNCIAS

CRUZ, DOA et al. Aferição de Temperatura Axilar. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Clementino Fraga. Departamento de Enfermagem. 2013.

SMELTZER, SC.; BARE, BG. Brunner & Suddart: Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 8ª.ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2013.

NETTINA, S.M. Prática de Enfermagem. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VAUGHANS, B.W. Fundamentos de Enfermagem Desmistificados. Um guia de aprendizado. Porto Alegre: AMGH, 2012.

6.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações no item 4 (indicação) e inserido o item 7 (observações importantes).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Josilene de Carvalho Miranda

Lucas Borges de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

7. AFERIÇÃO DE PULSO

7.1 DEFINIÇÃO

É a verificação dos batimentos cardíacos, através da palpação do fluxo sanguíneo em artérias superficiais em vários pontos do corpo, o que constitui um indicador circulatório.

7.2 OBJETIVO

Avaliar frequência, ritmo, força e regularidade, determinando o estado de saúde do paciente através de uma avaliação cardiovascular; auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento.

7.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

7.4 INDICAÇÃO

Na admissão do paciente e evoluções diárias; antes e depois de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos invasivos; quando há mudança no estado geral do paciente; antes, durante e após transfusões de hemocomponentes e hemoderivados; quando o paciente relata sintomas inespecíficos e/ou na vigência de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

7.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Estetoscópio (pulso apical);
- Relógio de parede com demonstrador de segundos;
- Caneta;
- Formulário de registro;
- Algodão com álcool.

7.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os dados de identificação do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Determinar necessidade de avaliar pulso radial, apical, carotídeo ou femoral;
- Lavar as mãos conforme orientação do CCIRAS/Protocolo de Higienização das Mãos;

Pulso radial

- Ajudar o paciente a ficar em posição de decúbito dorsal ou sentado, se decúbito dorsal colocar o antebraço do cliente reto ao longo do corpo. Quando sentado, flexionar o cotovelo em 90° e apoiar o antebraço na cadeira ou no braço do examinador. Flexione um pouco o punho com a palma para baixo;
- Colocar as pontas dos dois primeiros dedos da mão sobre o sulco, ao longo do lado radial ou do polegar, na parte interna do punho do cliente;
- Comprimir suavemente contra o rádio, obliterar inicialmente o pulso e, em seguida relaxar a pressão, de modo que o pulso se torne facilmente palpável;
- Determinar a força do pulso. Observar se o golpe do vaso contra a polpa digital é cheio, forte, fraco, filiforme e igual ao pulso do outro membro
- Depois que o pulso puder ser sentido regularmente, observar o ponteiro dos segundos do relógio e começar a contar a frequência
- Quando o pulso for regular, contar a frequência por 30 segundos e multiplicar o total por 2;

- Quando o pulso for irregular, contar a frequência durante 60 segundos. Avaliar também a frequência e o padrão de irregularidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (60 a 100 batimentos por minuto).

Pulso Apical

- Ajudar o cliente até a posição de decúbito dorsal ou sentado. Afastar as roupas de cama e camisola, para expor o esterno e o lado esquerdo do tórax;
- Localizar o pulso apical; para identificar o ponto de impulso máximo, deve-se encontrar o ângulo de Louis, exatamente a baixo da incisura supra esternal, entre o corpo do esterno e o manúbrio; pode ser palpado como proeminência óssea. Deslizar os dedos para baixo, em ambos os lados do ângulo, até encontrar o segundo espaço intercostal. Movimentar os dedos para baixo, no lado esquerdo do esterno até o 5° espaço intercostal e lateralmente até a linha hemiclavicular. Um golpe discreto, sentido dentro de uma área de 1 a 2 centímetros, é refletido a partir do ápice do coração;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o ponto de impulso máximo no 5° espaço intercostal e auscultar os batimentos cardíacos B1 (ausculta tricúspide) e B2 (ausculta bicúspide);
- Quando B1 e B2 forem auscultados com regularidade, utilizar o ponteiro de segundos do relógio e começar a contar a frequência, quando a oscilação na mão coincidir com o número no mostrador, começar contando com zero, depois um, dois e assim por diante;
- Quando o pulso for regular, contar a frequência por 30 segundos e multiplicar o total por 2;
- Quando o pulso for irregular, contar a frequência durante 60 segundos. Avaliar também a frequência e o padrão de irregularidade.
- Registrar qualquer irregularidade na ausculta;
- Lavar as mãos;
- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (60 a 100 batimentos por minuto).

7.7 REGISTRO

Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

7.8 OBSERVAÇÕES

Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do paciente. Quando o pulso for irregular, avaliar o déficit de pulso que pode indicar alteração do débito cardíaco. Contar o pulso apical, enquanto um colega conta o pulso radial. Começar a contar alto o pulso apical, para avaliar simultaneamente os pulsos. Quando a contagem do pulso diferir em mais de 2, existe um déficit de pulso.

- Nomenclatura e Valores de Referência:
- Bradicárdico: <60 batimentos por minuto;
- Normocárdico: 60 a 100 batimentos por minuto;
- Taquicárdico: >100 batimentos por minuto.

7.9 RISCOS

- Ocupacionais: Lesão por esforço repetitivo e/ou por uso de mecânica corporal inadequada no preparo do leito;
- Assistenciais: Contaminação do paciente por agentes biológicos em virtude de falhas no manuseio das roupas limpas; lesão de pele decorrente de falhas no preparo do leito (por presença de pregas na roupa sob o paciente).

7.10 CONTROLE DE TREINAMENTO

Quando houver a necessidade do serviço e sempre que houver a revisão dos POP's.

7.11 REFERÊNCIAS

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico –Cirúrgico**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

7.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 2(objetivos), 4 (indicação) e 8(observações). No item 5(materiais necessários): Substituição do relógio de pulso por relógio de parede.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Naara Carol Costa Alves

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

8. AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

8.1 DEFINIÇÃO

É a verificação do mecanismo que o organismo utiliza para trocar os gases entre a atmosfera e o sangue bem como entre o sangue e as células.

8.2 OBJETIVO

Avaliar frequência, ritmo, e profundidade ventilatória. Determinando o estado de saúde do paciente através de uma avaliação da ventilação.

8.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

8.4 MATERIAL NECESSÁRIO

- Relógio com marcador de segundos,
- Luvas de procedimento,
- Caneta,
- Formulário de registro.

8.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os dados de identificação do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Determinar necessidade de avaliar a respiração do cliente;
- Avaliar valores laboratoriais pertinentes:
 - A. Gasometria Arterial: pH: 7,35-7,45; PaCO₂: 35-45; PaO₂: 80-100; SaO₂: 94%-100%;
 - B. Oximetria de Pulso: Aceitável de 90% a 100%; 85% a 89% aceitáveis para determinadas condições patológicas;
 - C. Hemograma Completo: Hemoglobina: 14 a 18g/100mL homens, 12 a 16g/100mL mulheres; Hematócrito: 40% a 54% homens, 38% a 47% mulheres.
- Certificar-se que o cliente está numa posição confortável de preferência sentado ou deitado com a cabeceira elevada em 45° a 60°;
- Verificar a frequência respiratória sem que o paciente perceba, pode-se utilizar de recurso tátil;
- Colocar o braço do paciente em posição relaxada por sobre o abdome ou parte inferior do tórax, ou colocar diretamente a mão do examinador sobre a parte superior do abdome do cliente;
- Observar o ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração);
- Depois de observar o ciclo respiratório olhar para o ponteiro de segundos do relógio e começar a contagem e a frequência, quando a oscilação da mão coincide com o número no mostrador do relógio, começar o intervalo de tempo, contando um com o primeiro ciclo respiratório pleno;
- Quando o ritmo for regular, contar o número de respirações em 30 segundos e multiplicar por 2;
- Quando o ritmo for irregular, menos que 12 ou maior que 20, contar durante um minuto;

- Reposicionar a roupa de cama e camisola do paciente;
- Lavar as mãos;
- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (12 a 20 incursões respiratórias por minuto).

8.6 REGISTRO

Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

8.7 OBSERVAÇÕES

- Apnéia: Interrupção da respiração por vários segundos. Períodos curtos de apnéia são normais em recém-nascidos.
- Bradpnéia: Frequência regular, abaixo de 12 incursões por minuto; pode ocorrer na fase tardia de uma insuficiência respiratória antecedendo uma apnéia por fadiga muscular respiratória, em situações de alcalose respiratória, após anestesia ou sedativos, lesões do sistema nervoso central, etc.
- Taquipnéia: Frequência regular, rápida, acima de 20 incursões por minuto; pode ocorrer em caso de febre, esforço ou exercício físico, doenças pulmonares diversas, anemia grave, etc.
- Qualquer alteração do padrão respiratório, bem como valores diferentes da referência, deve ser comunicada ao enfermeiro.

8.8 REFERÊNCIAS

BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico –Cirúrgico**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PRADO, M.L; GELBECKE, F.L. **Fundamentos para o Cuidado de Enfermagem**. 3ª Ed. Florianópolis: Progressiva, 2013.

8.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

2ª versão 29/09/2020 Complementações nos itens: 5 (descrição do procedimento) e 7 (observações). Retirado relógio de pulso da relação dos materiais necessários e inserido luvas de procedimento no item 4.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves
Naara Carol Costa Alves
Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

9. AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

9.1 DEFINIÇÃO

A oximetria de pulso é um método não-invasivo utilizado para avaliar a oxigenação do paciente, isto é, a saturação do oxigênio da hemoglobina arterial (SpO₂). Os dados coletados por este

instrumento são aferidos em porcentagem, acuradas entre 80% e 100%, sendo considerados os índices de melhor perfusão sanguínea os valores próximos a 100%.

9.2 OBJETIVO

Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva. Aprimorar a técnica de aferição de saturação de oxigênio fornecendo informações de relevância clínica sobre a oximetria arterial, permitindo ainda analisar a frequência do pulso do paciente.

9.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

9.4 INDICAÇÃO

Em atendimento à prescrição médica; em atendimento à prescrição de enfermagem; quando houver suspeita de alteração de dados vitais do usuário ou piora clínica; quando o paciente relatar sintomas inespecíficos e desconforto físico. Indicado uso contínuo em setores como UTI, sala vermelha, sala amarela e centro cirúrgico.

9.5 OBSERVAÇÕES

A saturação de oxigênio pode ser obtida em uma região anatômica que permita a aferição da medida, preferencialmente de localização periférica, como as extremidades digitais das mãos e dos pés, lóbulos da orelha, entre outros. A eficácia é menor em caso de má perfusão; a eficácia diminui com saturações arteriais menores que 70%; a eficácia pode ser alterada mediante o uso de vasoconstrictores e corantes. Em indivíduos de raça negra deve-se colocar o sensor em áreas mais claras, virado para a palma da mão ou planta do pé.

9.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Aparelho de Oximetria de Pulso;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Prontuário para anotação.

9.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme orientação do Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Verificar se as unhas estão sem esmalte e dedos limpos e secos;
- Verificar se o lóbulo auricular está livre de acessórios (brincos);
- Realizar a higienização do local onde será feita a aferição com álcool a 70%;
- Realizar a desinfecção do sensor com álcool a 70%;
- Colocar o sensor adequado na polpa digital dos dedos do membro superior ou inferior ou lóbulo auricular;
- Não exercer pressão sobre o dedo;
- Orientar o paciente quanto a não bater com o oxímetro em superfícies duras ou balançar o mesmo durante a verificação;
- Aguardar a apresentação do valor no painel do oxímetro;
- Se a exatidão da leitura for suspeita, verifique primeiro a condição clínica e os sinais vitais do paciente. Em seguida, inspecione o oxímetro de pulso para verificar o seu funcionamento;
- Realizar a desinfecção do aparelho e guardar em local adequado, em caso de uso não-contínuo;
- Realizar a higienização das mãos conforme orientação do Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar anotação em prontuário, conforme próximo tópico.

9.8 REGISTRO

Registrar o procedimento no prontuário do paciente, comunicando o profissional solicitante e/ou equipe eventuais anormalidades, tais como: saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente; cianose, extremidades frias, perfusão capilar lenta, entre outras anormalidades relacionadas à saturação periférica de oxigênio.

9.9 REFERÊNCIAS

JERONIMO, R. A. **Técnicas De UTI**. 2ª Ed. São Paulo: Rideel, 2011.

PRADO, M. L.; GELBECKE, F. L. **Fundamentos de Enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis, 2012

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddart: **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamente de Enfermagem: conceitos, processo e prática.** 8º Ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2013.

9.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 5 (observações) e 7 (procedimento).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Mayanne Santana Nóbrega de Figueiredo

Sâmia Letícia Ribeiro Lima; Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranta Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

10. VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

10.1 DEFINIÇÃO

É um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital através de um aparelho que usam fitas que fazem captação elétrica da gota de hemoglobina.

10.2 OBJETIVO

Controlar a glicemia afim de evitar hipoglicemia e hiperglicemia (e possíveis sintomas como lipotímia, desmaios e convulsões).

10.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

10.4 INDICAÇÃO

Em portadores de diabetes, usuários de insulino terapia, usuários de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo, clientes graves, no pré-operatório e em caso de jejum alimentar.

10.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento,
- Algodão,
- Álcool a 70%,
- Bandeja,
- Glicosímetro,
- Fitas reagentes para glicose,
- Lancetas estéreis,
- Caneta e papel para anotação do resultado encontrado e
- Descarpac.

10.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar o material necessário na bandeja;
- Certificar-se de que a fita reagente está na validade;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em Álcool a 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, após secar o local com algodão limpo e seco;
- Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
- Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes;
- Informar-lhe o resultado obtido ao paciente;
- Fazer a desinfecção e guardar o glicosímetro;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfuro cortante;
- Retirar as luvas,
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS.
- Adotar medidas terapêuticas mediante o resultado, conforme prescrição médica.

10.7 REGISTRO

Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

10.8 REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES MELLITUS**. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2011.

STACCIARINI, T.S.G; CUNHA, M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

10.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 4 (indicação) e 6 (descrição do procedimento).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

11. MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

11.1 DEFINIÇÃO

É o registro do eletrocardiograma (ECG) que representa a atividade elétrica do coração. Os eletrodos autoadesivos aplicados na pele detectam a eletricidade gerada no coração, transformando esta eletricidade em ondas com registro em tela.

11.2 OBJETIVO

Consiste em manter a visualização contínua da atividade elétrica (ritmo e frequência) do coração, através de um equipamento, sendo possível também a detecção de arritmias e pressão arterial.

11.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que utilizem o monitor cardíaco na assistência ao paciente.

11.4 INDICAÇÃO

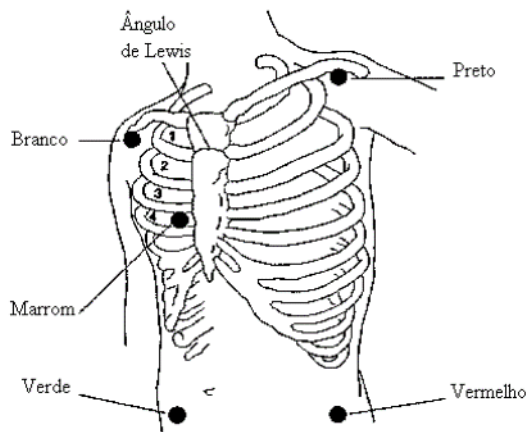
É instalada em pacientes críticos, que apresentam instabilidades hemodinâmica, em pacientes submetidos à cardioversão, e principalmente naqueles que sofreram reversão pós parada cardíaca. É de grande utilidade para se verificar variações de frequência cardíaca e a resposta à terapia antiarrítmica.

11.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Monitor de ECG,
- Cabo de monitorização de 5 vias,
- Eletrodos,
- Algodão,
- Álcool à 70%.

11.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Se possível, explicar o procedimento e finalidade ao cliente proporcionando conforto e alívio da ansiedade;
- Reunir o material;
- Realizar a limpeza da pele no local de aderência dos eletrodos com água e sabão e secar a pele;
- Desengordurar a pele com antisséptico s/n;
- Certificar-se que o cliente está numa posição confortável de preferência sentado ou deitado com a cabeceira elevada em 45° a 60°;
- Para os cabos de 5 canais vias, dispor e fixar os eletrodos da seguinte forma:
 - linha infra-clavicular esquerda (próximo ao ombro): **MSE – LA**
 - linha infra-clavicular direita (próximo ao ombro): **MSD – RA**
 - 4º espaço inter-costal direito: **V – V1**
 - linha infra-diafragmática esquerda (próximo à crista ilíaca): **MIE – LL**
 - linha infra-diafragmática direita (próximo à crista ilíaca): **MID – REF**
- Reposicionar a roupa de cama e roupa do paciente;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo do CCIRAS;



11.7 REGISTRO

- Ajustar os alarmes do monitor, aumentando o volume. O alarme de frequência do monitor deverá estar sempre ligado, com ajuste mínimo em 60 BPM e máximo em 100

BPM a fim de detectar bradi ou taquiarritmias. Tais ajustes poderão ser alterados sob avaliação das condições clínicas do cliente;

- São fontes de interferência na qualidade da monitorização, ocasionando falsos alarmes: movimentos musculares, pele mal preparada, pouca aderência do eletrodo, etc.
- Se necessário, realizar a tricotomia dos pelos nos locais de adesão dos eletrodos;
- Eletrodos devidamente aplicados vão garantir uma monitorização cardíaca adequada e livre de intercorrências;
- Realizar desinfecção do aparelho do eletrocardiograma antes e após o uso de cada paciente.
- Os eletrodos de monitorização devem ser substituídos e alternados de posição e fixação a cada 24 horas, por ocasião da higiene corpórea, devendo ser recolocados a uma distância de no mínimo 2cm do local anterior a fim de prevenir irritação da pele.

11.8 REFERÊNCIAS

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PADILHA, K.G; VATTIMO, M.F.F; SILVA, S.C; KIMURA,M. **Enfermagem em UTI: Cuidado do Paciente Crítico**.1ª Ed. São Paulo: Manole,2010.

11.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nas observações do item 7.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

12. AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

12.1 DEFINIÇÃO

Pressão Arterial (PA) é a pressão que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias ao ser bombeado do coração para todo o organismo. Esta é dividida em pressão sistólica e diastólica, onde a Pressão Arterial Sistólica (PAS) é a pressão arterial máxima exercida sobre as paredes elásticas das artérias durante a sístole (contração) dos ventrículos, período em que ocorre a expulsão do sangue do coração para as artérias, e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) é a pressão arterial mínima registrada durante a diástole (relaxamento) do músculo cardíaco, período este onde ocorre o enchimento de sangue nos ventrículos.

12.2 OBJETIVO

Padronizar a técnica de Aferição da Pressão Arterial de forma a detectar alterações clínicas e subsidiar intervenções quando necessário.

12.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

12.4 INDICAÇÃO

Na admissão do paciente, nas evoluções diárias, antes e depois de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos invasivos; quando há mudança no estado geral do paciente; quando o paciente relata sintomas inespecíficos.

12.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Esfigmomanômetro,
- Estetoscópio,
- Gaze,
- Álcool a 70%.

12.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos de acordo com o Protocolo de Higienização das Mãos;
- Identificar o paciente perguntando o nome completo. Caso o paciente em questão esteja sem condições de responder, confira os dados com o acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente relatando a sua finalidade e deixá-lo em repouso por pelo menos 5-10 minutos. Deve ser instruído a não conversar durante a medida;
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas ou café, nem fumou últimos 30 minutos;
- O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente (no meio do braço) (Quadro 1):

Quadro 1 – Tamanho adequado do manguito conforme faixa etária e circunferência do braço.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 – 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

- Colocar o manguito, sem deixar folgas 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
- Anotar os valores exatos das pressões sistólicas e diastólicas sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
- Realizar a assepsia do material utilizado com álcool a 70% e gaze;
- Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente (Quadro 2).

Quadro 2- Classificação da Pressão Arterial Sistêmica.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

12.7 OBSERVAÇÕES

Escolher o manguito apropriado de acordo com a faixa etária e o local da medição, para garantir a acurácia das medidas da PA. O local de preferência para aferição da mesma é o braço, usando como ausculta a artéria braquial. O uso de manguitos adequados à obesos é importante para não haver superestimação dos valores da PA. Em braços com circunferência maior que 50 cm, onde não há manguitos disponíveis, pode-se medir a P.A no antebraço, auscultando o pulso radial. Porém essa prática não é a ideal, havendo restrições.

Os sons auscultados durante a aferição chamam-se ruídos de Korotkoff. Podemos classificá-los em 5 fases:

- Fase 1: Primeira aparição de ruídos rítmicos, de forma clara e repetitiva, sons súbito, forte;
- Fase 2: Os ruídos são mais leves e longos, com a qualidade de um murmúrio intermitente, ouvido na maior parte do espaço;
- Fase 3: Os ruídos tornam-se novamente firmes e altos;
- Fase 4: Ruídos abafados, pouco distintos e leves;
- Fase 5: O som desaparece completamente.

12.8 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

12.9 REFERÊNCIAS

BRASIL - VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, v.95, n.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 24.07.2015.

BRASIL - 7ª **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Hipertensão vol 24, 2017. Atha Comunicação e Editora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 24.07.2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem**. 2ª Ed. Florianópolis, 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddart: **Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

12.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 6 (descrição do procedimento) e 7 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Maria América Filgueira dos Santos

Data: ____/____/____

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

13 BALANÇO HÍDRICO

13.1 DEFINIÇÃO

É a mensuração e registro total de líquidos administrados/ingeridos e eliminados pelo paciente em um período de 24 horas.

13.2 OBJETIVO

Avaliar o equilíbrio hídrico e detectar possíveis alterações. Obter dados para calcular a reposição hídrica e eletrolítica a ser administrada em 24 horas conforme a necessidade do paciente.

13.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

13.4 INDICAÇÃO

Pacientes críticos; com nutrição enteral e parenteral, em pós-operatório de cirurgias de grande porte, portadores de enfermidade cardíaca, edema, drenos e ascite; com restrição hídrica ou hiper-hidratação; queimaduras extensas, com débito urinário diminuído, distúrbios hidroeletrólíticos e instabilidade hemodinâmica.

13.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Formulário de controle hídrico,
- Relatório de enfermagem,
- Frasco graduado para medição de volume,
- Caneta,
- Calculadora,
- Luvas de procedimento e
- Máscaras cirúrgicas.

13.6 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Orientar o paciente e acompanhante quanto à realização do balanço hídrico e a necessidade de medir e anotar todos os líquidos administrados e eliminados/coletados do paciente;
- Se possível, pesar diariamente o paciente e registrar no Relatório de Enfermagem;
- Medir os líquidos a serem administrados VO, ou por sonda (dieta líquida, água para lavar a sonda, medicamentos VO) antes de oferecê-los ao paciente;
- Anotar a quantidade ingerida/administrada no formulário de Controle Hídrico (CH);
- Medir e anotar os volumes de líquidos administrados por via parenteral (IV, IM, SC, ID) no formulário de CH;

- Anotar de 2 em 2 horas os volumes de soro, hemocomponentes, medicações contínuas e NPT;
- Anotar no horário da instalação do medicamento os volumes totais das medicações administradas (somando o volume da dose+ a diluição + o soro para lavar o equipo);
- Medir e anotar no formulário de CH, os líquidos administrados em irrigações (p.ex. diálise peritonial);
- Medir o volume de cada micção em frasco graduado. Se o paciente estiver com sistema coletor de diurese, anotar os volumes ao final de cada turno ou sempre que for esvaziado.
- Medir e anotar o volume de vômitos e fezes líquidas medidas na linha correspondente, do formulário de CH. Caso não seja possível medir (nem por pesagem diferencial), anotar: + para pouco, ++ para média quantidade e +++ para grande quantidade;
- Medir e anotar os volumes das drenagens (de sonda, drenos) na linha correspondente;
- Medir e anotar volume drenado de curativos ou sangramentos (pesagem diferencial);
- Calcular o balanço hídrico parcial a cada 6 horas (às 12, 18, 24 e 6h);
- Calcular o balanço hídrico total às 6h, e anotar no formulário de Controle Hídrico e na Evolução de Enfermagem.
- Se o volume de ganhos líquidos for maior que os das perdas o balanço é considerado positivo e identificado com o sinal (+) precedendo o valor numérico. Em caso de balanço negativo identifica-se com o sinal (-).

13.7 OBSERVAÇÕES

Pacientes e/ou acompanhantes colaborativos devem ser estimulados a participar desse processo, após as devidas orientações e sob monitorização da enfermagem.

13.8 REGISTRO

Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

13.9 REFERÊNCIAS

BALANÇO HÍDRICO NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE CORONARIANA –
acessado em nov 2014:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/380/pd>

POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed. Elsevier LTDA: Rio de Janeiro, 2009.

PARECER COREN SP CAT nº 004/2010 Assunto: **Transfusão de Hemocomponentes e Balanço Hídrico**

13.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 5 (material necessário) e 6 (descrição do procedimento). Inserção do item 7 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

14 MUDANÇA DE DECÚBITO

14.1 DEFINIÇÃO

É uma ação preventiva de Enfermagem visando prevenir a incidência de úlcera por pressão, nos pacientes hospitalizados que apresentem dificuldades de movimentação/deambulação. Além disso, a mudança de decúbito auxilia para o favorecimento do conforto.

14.2 OBJETIVO

- Evitar a formação de úlceras por pressão através da avaliação do risco do cliente e de ações preventivas relacionadas à pressão, fricção, cisalhamento e maceração em pacientes acamados.
- Facilitar o repouso, proporcionando o relaxamento dos músculos do corpo;
- Melhorar a função cardiopulmonar.

14.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

14.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

14.5 INDICAÇÃO

Qualquer indivíduo na cama deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do paciente. Um horário prescrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e reposicionamento sistemático do indivíduo seja feito sem esquecimentos.

14.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Coxins;
- Lençóis;
- 01 par de luvas de procedimento.

14.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Lavar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Preparar o material;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Se possível, orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Fletir o membro inferior oposto do paciente ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto deverá colocar uma das mãos no ombro do cliente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do cliente deverá colocar o coxim, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando coxim entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Deixar o cliente confortável;
- Lavar as mãos.

14.8 REGISTRO

Todo procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente.

14.9 OBSERVAÇÕES

- Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo deve ser usado para preservar as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama, de acordo com um plano de cuidados por escrito.
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limite a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada.
- Pacientes que evoluem com complicações pulmonares e hemodinâmicas, bem como os que se encontram em pós-operatório de cirurgias neurológicas, devem ser criteriosamente avaliados pelo enfermeiro quanto aos riscos e benefícios antes de prescrever mudança de decúbito.

14.10 REFERÊNCIAS

ATHAILDES, F.F; ALVES, M.C. **Assistência de Enfermagem Associada a Mudança de Decúbito em Pacientes Acamados**. Revista da Mostra de Iniciação Científica da ULBRA. Cachoeira do Sul, 2016.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento operacional padrão enfermagem 2012**. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 14 de out. 2015.

MAGNUS, L.M. **Mudança de decúbito para pacientes em cuidados intensivos neurológicos e neurocirúrgicos: Guia de Boas Práticas de Enfermagem**. Dissertação de mestrado. Florianópolis, 2015.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

14.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementação dos itens: 2 (objetivos) e 9 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Samantha Carvalho de Lacerda

Data: ____/____/____

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

15 CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE NO LEITO

15.1 DEFINIÇÃO

É a limitação da movimentação física do paciente no leito mediante aplicação de medidas de contenção mecânica. Deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível.

15.2 OBJETIVO

- Evitar danos à integridade física do cliente, da equipe e dos materiais hospitalares;
- Reduzir risco de queda do leito e retirada de cateteres, drenos e curativos;
- Possibilitar a realização de exames e procedimentos.

15.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Responsável pela prescrição: médico.
- Responsável pela execução: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e de medicina sob a supervisão do professor e/ou responsável.

15.4 INDICAÇÃO

- Clientes desorientados, agitados não colaborativos;
- Clientes com rebaixamento do nível de consciência em Pós-Operatório;
- Clientes com transtornos mentais agressivos;
- A contenção mecânica só é indicada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

15.5 CONTRAINDICAÇÃO

É proibida a contenção mecânica do cliente com o propósito de disciplinar, punir ou por conveniência da equipe de saúde. A Contenção física realizada sem a indicação correta pode trazer danos físicos e psíquicos para os pacientes.

15.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- **Contenção tipo luvas:**
 - 02- Ataduras crepe e fita adesiva;
 - 02- Compressas limpas de pano.
- **Restrição de punhos e tornozelos:**
 - 02- Ataduras crepe;
 - 02- Compressas limpas de pano.
- **Contenção de tórax e ombros:**
 - 01- Lençol.
- **Contenção de quadril:**
 - 02- Lençóis;
 - 01- Fralda descartável.
- **Contenção de Joelhos:**
 - 02- Lençóis.

15.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar;
- Obter o consentimento da família e realizar o exame físico específico;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los à enfermagem ou quarto;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar o biombo ao redor do leito;
- Aplicar o tipo adequado da contenção, conforme descrito abaixo:

Contenção tipo luva:

- Dobrar uma compressa de panos em quatro, no sentido horizontal, ao enrolá-la, colocar na palma da mão do cliente;
- Pedir ao cliente para fechar a mão ou fechá-la;

- Cobrir a mão com atadura crepe, enrolando-a em toda sua extensão até o punho;
- Fixar a atadura com fita adesiva;
- Repetir os procedimentos na outra mão.

Punhos e tornozelos:

- Dobrar uma compressa em três partes no sentido horizontal, formando uma faixa;
- Enrolar a compressa em torno do punho ou do tornozelo;
- Envolver a compressa com atadura crepe, mantendo as extremidades livres;
- Dar um nó fixo nas extremidades da atadura próxima ao membro, deixando uma folga de 01 a 02 dedos entre a atadura e a pele do cliente; colocar o membro em extensão, se possível, em posição anatômica.
- Prender as extremidades das ataduras no leito, deixando uma folga que possibilite uma movimentação leve do membro contido;
- Repetir os procedimentos no outro punho ou tornozelo, conforme figura abaixo.

Figura 1- Formas de Contenções



Tórax e ombros:

- Dobrar um lençol na diagonal, formando uma faixa com aproximadamente 30 centímetros de largura;
- Para **ombros**: colocar a faixa sob o dorso do cliente, centralizada na altura do diafragma, passar as extremidades da faixa pelas axilas e sobre os ombros no sentido do crânio, no formato de alças de mochila, cruzar as extremidades da faixa sob a nuca prendendo o tórax e prender as extremidades cruzadas da faixa no leito;

- Para **tórax**: Posicionar a faixa sobre o tórax do paciente, centralizá-la na região peitoral, proteger as axilas com compressas e passar a faixa por elas e fixar extremidades da faixa no leito, conforme figura abaixo.

Figura 2- Forma de Contenção



Quadril:

- Colocar fralda descartável no cliente;
- Dobrar dois lençóis na diagonal, formando faixas com aproximadamente 30 centímetros de largura;
- Colocar uma faixa, centralizando-a sob as nádegas e outra, sobre a região pubiana; unir as extremidades da faixa de cada lado do cliente, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente o quadril;
- Prender as extremidades enroladas das faixas de cada lado do leito (figura abaixo).

Figura 3- Forma de Contenção



Joelhos:

- Dobrar dois lençóis na diagonal formando faixas com aproximadamente 30 cm de largura;
- Colocar uma faixa sobre um dos joelhos e passa-la por baixo do joelho oposto. Repetir o procedimento com o outro joelho.
- Unir as extremidades das faixas, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente os joelhos;
- Prender as extremidades enroladas das faixas de cada lado do leito.

15.8 REGISTRO

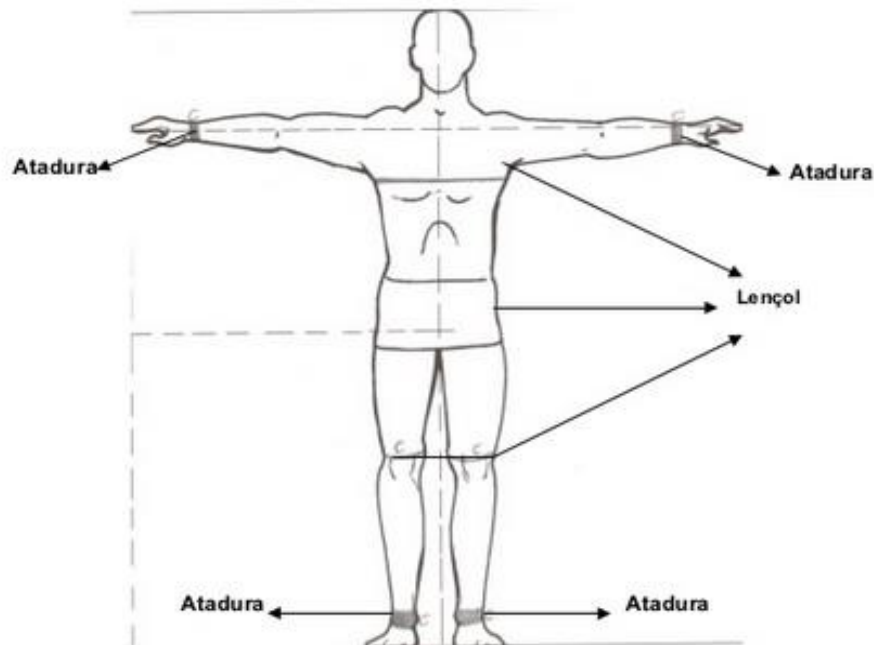
Registrar em prontuário a aplicação da contenção e o consentimento da mesma, por parte do familiar ou responsável, e checar prescrição médica.

15.9 OBSERVAÇÕES

- Aplicar as contenções somente quando for extremamente necessário;
- Conter o membro sempre abaixo do acesso venoso, evitando provocar constrição e infiltração da solução que estiver sendo infundida;
- Prender as contenções na cama, evitando as grades móveis, pelo risco de tracionar os membros quando for movimentar;
- Verificar as condições de higiene do cliente, antes de aplicar a contenção;
- Verificar com frequência se não existe a presença de cianose, de extremidades frias, edema e queixas de adormecimento no local. Nesses casos reavaliar as restrições;
- Proteger as proeminências ósseas e os locais que aplicarem as contenções com algodão ortopédico ou compressas;

- Soltar as contenções com frequências, para que o cliente possa se movimentar e respirar profundamente, se possível.
- Preferencialmente deverá ser utilizado o material de contenção de acordo com a área a ser contida, como se observa na figura abaixo

Figura 4- Locais para realização de Contenções.



15.10 REFERÊNCIAS

CONCELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.** Resolução Cofen nº 427/12. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br>. Acessado em: 04 de março de 2016.

PAES, M. R ; BORBA ,L. O; BRUSAMARELLO, T; GUIMARAES, A. N; MAFTUM, M. A. **Contenção Física em Hospital Psiquiátrico e a Prática da Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2009.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem.** - São Paulo: Editora Atheneu, 2014;

15.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (definição) e 5 (contraindicação).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

16 HIGIENE CORPORAL

16.1 DEFINIÇÃO

Higienização total ou parcial do corpo, realizada no cliente acamado.

16.2 OBJETIVO

- Higienizar a pele, removendo a sujidade e a sudorese corporal;

- Reduzir potencial de infecções;
- Promover o bem-estar, o relaxamento e o conforto do paciente;
- Estimular a circulação sanguínea periférica;
- Viabilizar a inspeção corporal;
- Oportunizar a educação para a saúde.

16.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e estudante do curso de técnico de enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.

16.4 INDICAÇÃO

Cuidados higiênicos diários de clientes acamados.

16.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- EPI: Gorro, óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos;
- Kit para banho no leito, contendo: jarra, bacia, balde, compressas e sabonete antisséptico;
- Toalha de banho;
- Kit de Lençóis;
- Biombo;
- Saco de *hamper* ou saco descartável;
- Material para a higiene oral (ver POP 3.7);
- Material para a higiene dos cabelos e do couro cabeludo, conforme POP 3.6;
- Material para higiene íntima, conforme POP 3.4;
- Material para a limpeza e desinfecção concorrente;
- Material para a arrumação da cama.

16.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente, arrumando na mesa;
- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e avaliar as condições do paciente;

- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo e posicionar o *hamper* ou saco;
- Colocar os EPIs;
- Abaixar as grades do leito e retirar o excesso de roupas de cama (coberto e travesseiro) e de acessórios, deixando o cliente coberto com o lençol;
- Elevar a cabeceira do leito de 30° a 45°, se possível;
- Realizar ou auxiliar na higienização bucal;
- Realizar a higienização dos cabelos e do couro cabeludo, se necessário;
- Despejar a água do jarro na bacia até dois terços da sua capacidade e verificar a temperatura, se necessário;
- Umedecer a compressa na bacia, torcê-la e passá-la com sabonete líquido;
- Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo e depois, o rosto, as orelhas e o pescoço do cliente;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele;
- Secar o local com a toalha;
- Desprezar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
- Retirar a roupa do paciente, mantendo-o coberto com o lençol;
- Fazer higiene dos braços, mãos e axilas, passando a compressa de banho ensaboada;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele;
- Secar os braços, mãos e axilas;
- Observar as condições das unhas, imergindo-as na bacia, higienizando, enxaguando e secando, corte-as após o banho, se necessário;
- Descobrir o tórax e o abdome do paciente, dobrando o lençol até a região supra púbica;
- Higienizar o tórax e o abdome com a compressa ensaboada, iniciando pela região supra clavicular até supra púbica;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele, em seguida secar;
- Higienizar as pernas e as coxas com a compressa de banho ensaboada, começando pelo tornozelo até a região inguinal. Iniciar pelo membro inferior mais distante ao profissional;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele, em seguida secar;
- Forrar os pés na cama com a toalha, colocar a bacia sobre ela;

- Imergir os pés do paciente na bacia e higienizá-los, esfregando-os vigorosamente, com a compressa de banho ensaboada;
- Secar os pés com a toalha, com atenção especial aos espaços interdigitais;
- Fazer higiene íntima, conforme o POP 3.4. Desprezar a compressa/esponja no saco;
- Subir a grade no lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;
- Posicionar o cliente em decúbito lateral com o dorso voltado para o lado do profissional;
- Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril, embutido uma de suas bordas sob o corpo do cliente, para evitar molhar o colchão e a cama;
- Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com outra compressa de banho ensaboada;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
- Secar a região com a toalha, desprezando-a no *hamper*;
- Desprezar a água da bacia no balde de coleta;
- Cobrir o cliente com o lençol e arrumar a cama;
- Solicitar o pessoal da limpeza para realizar a limpeza e desinfecção concorrente;
- Recolher os materiais;
- Desprezar a água do balde de coleta no vaso sanitário da enfermaria/quarto, sem respingar;
- Retirar EPI;
- Recompôr a enfermaria ou quarto e o cliente;
- Colocar o paciente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado ao material usado (segregação correta de resíduos);
- Higienizar as mãos, conforme a orientação da CCIRAS.

16.7 REGISTRO

Proceder às anotações de enfermagem, contando: condições gerais do paciente, inspeção da pele e anexos, sinais sugestivos de úlcera por pressão, nível de colaboração do cliente, cuidados prestados e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

16.8 OBSERVAÇÕES

- Determinar o número de profissionais necessários para dar o banho no cliente acamado, de acordo com a sua gravidade, o seu porte físico e a sua capacidade de mobilização e de auxílio;

- Na presença de acompanhante, estimular que este auxilie no cuidado se houver impossibilidade do próprio paciente fazer.
- O banho de um paciente sempre segue os princípios da limpeza, ou seja, lavar primeiro as áreas mais limpas para depois lavar as mais sujas;
- Avaliar o risco de ressecamento da pele, principalmente em pessoas idosas;

Antes do banho:

- Administrar analgésicos, conforme prescrição médica, quando o cliente manifestar sinais de dor à mobilização;
- Suspender a dieta enteral entre 15 e 30 minutos antes de iniciar o banho, quando em uso, para evitar refluxo gastroesofágico e desconforto durante o banho;
- Aspirar as secreções das vias respiratória superiores e inferiores em clientes intubados e hipersecretivos;
- Oferecer comadre ou papagaio para que o cliente urine antes do banho, quando este não estiver com cateter vesical de demora.
- Esvaziar as bolsas coletoras de estomas e drenos, quando presentes;
- Remover sujidades, como fezes, vômitos e secreções.

Durante o banho:

- Observar a integridade dos curativos em placas aderidos à pele. Retira-los quando não íntegros, mesmo antes do período recomendado pelos fabricantes;
- Não massagear a pele sobre proeminências ósseas;
- Não massagear as áreas que se encontram hiperemiadas;
- Evitar molhar demasiadamente o cliente e o leito, pelo risco de hipotermia, de translocação de micro-organismos, de encharcamento do colchão e de oxidação das estruturas da cama.

Após o banho:

- Trocar a fixação da cânula traqueal, dos cateteres enteral e gástrico e dos dispositivos vasculares;
- Trocar o sistema de infusão de soroterapia e medicamentos, conforme POP 17.1;
- Hidratar a pele e os lábios do cliente com solução padronizada pela instituição;
- Adotar medidas que proporcionem conforto ao cliente;
- Colocar os dispositivos de posicionamento e de prevenção de úlcera por pressão;

- Realizar os curativos de feridas, limpeza e desinfecção da cama e colchão;
- Orientar e ensinar a família sobre os cuidados de higiene que deverão ser prestados no hospital e continuados em domicílio;
- Proporcionar boa aparência.

16.9 REFERÊNCIAS

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento operacional padrão enfermagem 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 05 de dez. 2015.

POTTER, P; PERRY, A.G. **Fundamentos De Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

16.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações no item: 8 (Observações)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

17 HIGIENE ÍNTIMA

17.1 DEFINIÇÃO

Higienização da genitália externa feminina ou masculina.

17.2 OBJETIVO

- Diminuir a colonização bacteriana;
- Prevenir infecções do trato urinário, da genitália e da região anal;
- Promover limpeza e o conforto;
- Prevenir lesões.

17.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, acadêmicos em enfermagem e medicina sob a supervisão do professor e/ou responsável.

17.4 INDICAÇÃO

- Clientes com déficit de autocuidado;
- Clientes com indicação de coleta de urina e de fezes;
- Após evacuações e diurese;
- Pré e pós-operatório, principalmente de cirurgias ou procedimentos ginecológicos, obstétricos e urológicos;
- Antes do cateterismo vesical de alívio e de demora.

17.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- EPI: óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos;
- Bandeja e jarra;
- Toalha de banho;
- Biombo;
- Lençol;
- Comadre;
- Sabonete líquido ou solução degermante antisséptico.

17.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico;
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a escadinha;
- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo;
- Colocar a cama na posição horizontal e abaixar as grades do leito;
- Colocar os EPI;
- Colocar o impermeável coberto com a toalha, transversalmente à cama, sob as nádegas do cliente;
- Colocar o lençol dobrado em diagonal sobre o abdome do cliente com uma das pontas cobrindo a genitália.
- Retirar a calça do pijama, a roupa íntima e/ou fralda descartável;
- Remover as fezes ou secreções com o papel higiênico ou com a compressa úmida com água, desprezando-os no recipiente de descarte;
- Colocar a comadre sob as nádegas;
- Dobrar as pernas e afastar os joelhos;
- Expor a região genital, dobrando a ponta distal do lençol sobre ele mesmo.
- Observar as características da genitália, detectando qualquer tipo de alteração;
- Pegar o jarro com a mão dominante e despejar a água morna sobre a genitália até as raízes das coxas;
- Umedecer a compressa com água e solução degermante;
- Proceder à higienização no cliente masculino ou feminino, conforme os passos a seguir:

17.7 Cliente Masculino:

- Segurar o pênis perpendicularmente ao corpo com a mão não dominante, tracionando o prepúcio;
- Realizar a higiene do meato uretral e da glândula em movimentos circulares e a do corpo do pênis em sentido único até a sua inserção;
- Fazer a higiene da bolsa escrotal e da região perianal no sentido anteroposterior

17.8 Cliente Feminina:

- Higienizar a região dos grandes lábios, seguida dos pequenos lábios e do sulco interlabial, em sentido anteroposterior e em movimentos únicos;
- Realizar a higiene do meato uretral em movimento circular;

- Proceder à higiene da região perineal no sentido anteroposterior até a região perianal;
- Desprezar a compressa utilizada no recipiente de descarte;

17.9 finalizando o procedimento (Masculino ou feminino):

- Despejar a água restante da jarra, iniciando pela raiz das coxas estendendo por toda a genitália;
- Retirar a comadre, colocando-a sobre a escadinha;
- Passar a toalha seca sobre a região genital. Desprezar a toalha no *hamper*.
- Retirar o impermeável;
- Passar creme/pomada de proteção cutânea na região inguinal, genitália e perianal, se necessário;
- Colocar a fralda descartável ou a roupa íntima;
- Recolher os materiais;
- Despejar a água da comadre no vaso sanitário situado no quarto do cliente, sem respingar;
- Retirar os EPI;
- Recompôr a unidade e o cliente;
- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado aos materiais (segregar corretamente o lixo e encaminhar a comadre ao expurgo);
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Proceder às anotações de enfermagem, constando: o procedimento realizado, as características das fezes, os dados de inspeção da genitália e a presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas.

17.10 REGISTRO

Registrar as anotações de enfermagem, constando: o procedimento realizado, as características de fezes, os dados de inspeção da genitália e a presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas.

17.11 OBSERVAÇÕES

- A higiene perineal deve ser realizada, no mínimo, 1 vez ao turno em pacientes em uso de fraldas, devendo ser repetida sempre após as eliminações;
- Na presença de lesões de pele, deve ser realizada antes do curativo;
- Na presença de lesões de pele infectada, deve ser realizada com clorexidina degermante 2%, imediatamente antes do curativo;

- O paciente pode realizar sua higiene íntima com orientação e supervisão do profissional caso não apresente alteração no autocuidado;
- Respeitar a privacidade e estabelecer vínculo terapêutico com o cliente, a fim de minimizar constrangimento;
- Substituir a comadre por lençóis durante a higienização íntima, quando o cliente apresentar úlceras por pressão em região sacral, com a finalidade de evitar ferir a pele e provocar sangramentos;
- Utilizar a solução degermante antisséptica para a higienização íntima no pré-operatório e no preparo para exames e para cateterismos;
- Manter o cliente acamado com roupa íntima ou fralda para preservar a sua intimidade e evitar sujar ou molhar a cama;
- Realizar a tricotomia dos pelos pubianos após a higiene íntima, conforme POP 3.5. Se for o caso, fazê-la imediatamente ou, no máximo, 2 horas antes da cirurgia, de preferência, utilizando tricotomizadores elétricos.

17.12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. UPA Moacyr Scliar. **Manual do Técnico de Enfermagem**. Porto Alegre, 2019.

CARMAGNANI, M. I. S.; et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA. M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

17.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações no item: 8 (Observações)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Data: ____/____/____

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

18 TRICOTOMIA

18.1 DEFINIÇÃO

Tricotomia é a raspagem dos pêlos na pele. Os pêlos devem ser retirados porque abrigam microorganismos que poderão penetrar no ferimento, provocando infecção.

18.2 OBJETIVO

- Facilitar a limpeza e a antisepsia da pele e da região a ser operada;
- Facilitar a visualização do campo operatório;
- Evitar interferências com a incisão e com a aderência do campo cirúrgico bem como de placas/ almofadas de aterramento do paciente;
- Evitar a aderência dos curativos pós-operatórios aos pelos do sítio cirúrgico.

18.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

18.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Técnicos de Enfermagem supervisionados pelos Enfermeiros.

18.5 INDICAÇÃO

A indicação para tricotomia dependerá da quantidade de pelos, do local da incisão, do tipo de procedimento e da preferência (prescrição) do cirurgião. Em caso de cirurgias programadas a tricotomia deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia, no máximo 2 horas antes, e só deve ser feita quando realmente necessária, de preferência utilizando tricotomizadores elétricos.

18.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento;
- Aparelho de barbear descartável;
- Sabonete ou sabonete líquido;
- Pacote de gaze estéril;
- Cuba rim;
- Toalha de banho

18.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Reunir material e levar ao leito do cliente;
- Orientar cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito, certificando da compreensão do mesmo sobre o procedimento a ser realizado;
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas.
- Preparar ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o cliente e expor a área onde será realizado o procedimento;
- Dispor sabão e água morna na cuba rim;
- Ensaboar a área a ser tricotomizada;
- Tracionar a pele e proceder à tricotomia em movimentos suaves para evitar lesões da pele (a tricotomia deve ser realizada no sentido de crescimento dos pelos para evitar lesão na pele e foliculite);
- Raspar os pelos sempre na região mais limpa para a mais contaminada;
- Retirar com a gaze o excesso de pelos e o sabão do aparelho de barbear;
- Recolher os pelos com a gaze;
- Providenciar higiene do cliente;
- Ao término, secar a pele, recompor o cliente e a unidade;
- Recolher o material.

18.8 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

18.9 OBSERVAÇÕES

- O uso inadequado dos dispositivos utilizados para tricotomia, podem causar danos nas camadas profundas da pele, favorecendo o crescimento de microrganismos, a colonização e eventual infecção;
- A adequação da remoção de pelos deve ser verificada pelo enfermeiro de plantão.

18.10 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

COLEGIADO DE URGÊNCIA FIXA DA RUE. Procedimento Operacional Padrão. **Tricotomia**. ENF-URG, 2017.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner Suddarth: Tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. 10ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.

SENA, A. C; NASCIMENTO, E. R. P; MAIA, A. R. C. R. **Prática do Enfermeiro no Cuidado ao Paciente no Pré-Operatório Imediato de Cirurgia Eletiva**. Rev Gaucha Enferm. Vol. 34. Porto Alegre, 2013.

18.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 2 (objetivo), 5 (indicação) e 7 (descrição do procedimento). Inserção do item: 9 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Alessandra Carvalhal Santos de Souza

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

19 HIGIENE DOS CABELOS E DO COURO CABELUDO

19.1 DEFINIÇÃO

Retirada da sujidade e oleosidade do couro cabeludo e dos cabelos do cliente acamado.

19.2 OBJETIVO

- Estimular a circulação do couro cabeludo;
- Prevenir infecções;
- Promover o bem-estar do paciente;
- Manter aparência saudável.

19.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos em enfermagem, acadêmicos em enfermagem e estudante do curso de técnico em enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.

19.4 INDICAÇÃO

Clientes acamados com dificuldades ou impossibilidade para realizar o autocuidado.

19.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- EPI: Gorro, óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos;
- Bandeja, bacia, jarra e balde para coleta de água;
- Material de higiene pessoal: xampu ou sabonete líquido e creme condicionador;
- Toalha de banho e rosto;
- Biombo, se necessário;
- Pente ou escova de cabelo;
- 02 bolas de algodão.

19.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico;
- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a escadinha;
- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo, se necessário;
- Colocar a cama na posição horizontal e abaixar as grades do leito;
- Colocar os EPI;
- Colocar a toalha de rosto sob os ombros, contornando o pescoço;
- Proteger os ouvidos do cliente com bolas grandes de algodão;
- Solicitar ao profissional auxiliar que erga a cabeça do paciente, mantendo-a posicionada durante todo o procedimento;
- Colocar a bacia sob a cabeça;
- Molhar os cabelos com a jarra de água;
- Colocar o xampu no cabelo distribuindo ao longo dos cabelos;
- Jogar a água com jarro sobre os cabelos, retirando o xampu, quantas vezes forem necessárias;
- Desprezar a água da bacia no balde, se necessário. Retornar com a bacia para posição inicial;
- Colocar o creme condicionador na palma da mão, espalhando pelos cabelos;
- Jogar a água com o jarro sobre os cabelos com uma das mãos e com a outra, ajudar na remoção do creme condicionador;
- Retirar a bacia e colocá-la na escadinha;
- Envolver os cabelos com a toalha;
- Solicitar ao auxiliar que solte a cabeça do cliente;
- Enxugar o couro cabeludo e os cabelos;
- Pentear os cabelos em mechas, iniciando pelas pontas até alcançar o couro cabeludo;

- Retirar os algodões dos ouvidos;
- Dar continuidade a higienização oral, corporal e íntima, se for o caso;
- Recolher os materiais;
- Desprezar a água do balde de coleta no vaso sanitário da enfermaria/quarto, sem respingar;
- Retirar EPI;
- Recompôr a enfermaria ou quarto e o cliente;
- Colocar o paciente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado ao material usado, segregando os resíduos adequadamente;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo do CCIRAS.

19.7 REGISTRO

Registrar as anotações de enfermagem, como: aspectos do couro cabeludo e dos cabelos, presença de lesões e de parasitas e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

19.8 OBSERVAÇÕES

- Antes de iniciar a higienização do couro cabeludo e dos cabelos, deve desligar a dieta 30 minutos antes de iniciar o procedimento, verificar o posicionamento da sonda nasoenteral devido a necessidade de baixar a cabeceira;
- Observar a temperatura da água;
- Atentar-se para não deixar cair água no canal auditivo do paciente;
- Evitar que o procedimento seja excessivamente demorado para evitar que o paciente sinta frio;
- Ter cuidado ao manusear o cabelo do paciente;
- Observar e relatar a presença de queda acentuada dos cabelos;
- Cortar os cabelos, a pedido ou por necessidade, somente com autorização escrita do paciente ou de seu responsável;
- A higiene do cabelo e do couro cabeludo deve ser feita com antecedência no período pré-operatório, de modo que os cabelos estejam completamente secos no momento da cirurgia;
- Em cirurgias de cabeça e pescoço, neurocirurgias, entre outras que são realizadas na região da cabeça ou pescoço, deve ser utilizado clorexidina degermante 2% na higiene do cabelo e couro cabeludo, até seis horas antes do procedimento cirúrgico;
- Na presença de acompanhante, estimular que este auxilie no cuidado quando o próprio paciente está incapacitado de fazê-lo.

19.9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. UPA Moacyr Scliar. **Manual do Técnico de Enfermagem**. Porto Alegre, 2019.

CARMAGNANI, M. I. S; et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA. M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

19.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Acrescidas observações no item 8.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

20 HIGIENE ORAL

20.1 OBJETIVO

Tem por objetivo limpar a língua e dentes, prevenir infecções ou combater infecções já instaladas e proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

20.2 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos em enfermagem e acadêmicos em enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.

20.3 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bacia ou cuba rim;
- Toalha de rosto;

- Escova (utilizar sempre que possível) ou pacote de gaze e espátulas;
- Clorexidina colutório padronizada pelo hospital;
- Hidratantes/lubrificantes labiais ou ácido graxo essencial (AGE).

20.4 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Calçar luvas;
- Reunir o material na mesa de cabeceira;
- Apresentar-se, explicar ao paciente o procedimento e aguardar o seu consentimento, quando cabível;
- Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada. Em caso de pacientes inconscientes, colocá-los em decúbito lateral;
- Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente;
- Proceder a limpeza de toda a boca do paciente usando escova de dentes ou espátula envolto em gazes embebidas em clorexidina colutório, aproximadamente 10ml da solução;
- Utilizar bacia ou cuba rim para o paciente "bochechar", se possível;
- Limpar a língua, para evitar que fique seborreica;
- Enxugar os lábios com a toalha;
- Lubrificar os lábios com AGE, para evitar rachaduras;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Recompor a unidade;
- Anotar no prontuário o que foi feito e anormalidades detectadas.

Ao utilizar escova de dentes:

- Umedecer a escova com água;
- Posicionar suavemente a cabeça da escova, na região de gengiva livre e o dente, de modo que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do dente;
- Com movimentos vibratórios brandos, pressionar levemente as cerdas de encontro à gengiva, fazendo com que elas penetrem no sulco gengival e abrace todo o contorno do dente;
- Em seguida, iniciar um movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes de forma a desorganizar o biofilme;
- Prosseguir sistematicamente com o movimento por todos os dentes pelo lado de fora (face vestibular) e pelo lado interno dos dentes (face lingual);

- Com movimentos de vaivém, escovar as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e inferiores, do palato e da parte interna das bochechas.
- Na presença de saburra lingual, a associação de raspador de língua está indicada;
- Sempre que necessário, umidificar a escova de dente na água. Em seguida, finalizar o procedimento de HB aplicando a solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% em gaze estéril.

Ao utilizar gaze estéril montada em espátula abaixadora de língua:

- Usar de forma “acolchoada”, envolvendo completamente a ponta e o corpo de ação da espátula para evitar lesão em tecidos moles;
- Remover as sujidades das estruturas intrabucais, com movimento pósterio-anteriores (de trás para frente), sem empregar força manual;
- Realizar este passo em todas as estruturas moles e duras presentes na boca;
- Reduzir a carga microbiana bucal por meio da aplicação de gaze estéril umedecida em solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% (sem excesso e sem deixar sobrenadante em saliva).

20.5 REGISTRO

Registrar as anotações de enfermagem, constando: aspecto da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções.

20.6 OBSERVAÇÕES

- Pacientes independentes devem escovar os dentes com material próprio pela manhã e após as refeições;
- A higiene oral dos pacientes dependentes deve ser realizada três vezes ao dia: tarde, noite e manhã, salvo casos especiais;
- A solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% deverá ser aplicada sempre após a remoção de sujidades e desorganização do biofilme;
- O digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% não deve ser diluído em água, nem tampouco se deve realizar enxagues ou lavagens locais após a sua aplicação, o que reduziria a sua efetividade;
- Manter o intervalo de 12 horas entre as aplicações da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2%, mesmo que sejam necessários novos procedimentos de higiene bucal no paciente. Assim sendo, a higiene bucal intermediária deverá ser realizada com água destilada estéril ou filtrada.

20.7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA- AMIB. Departamento de odontologia e de enfermagem. Procedimento Operacional Padrão. **Higiene bucal em pacientes internado em UTI adulto ou pediátrica**. Versão: HB. 02. 2019.

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA. M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, POP NEPEN/DE/HU, versão 01, Santa Catarina, 2014.

PAZ, A. A., et al. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. In: SOUZA, E. N. (Org.) Editora da UFCSPA. Porto Alegre: 2016.

20.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações no item 5: (Descrição do Procedimento) com inclusão dos subitens 5.1 e 5.2. Complementações nos itens: 6 (Registro) e 7 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Andreza Monteiro Cavalcante

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

21 COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO URINÁRIO MASCULINO

21.1 DEFINIÇÃO

É a colocação de um dispositivo, externamente ao pênis, que propicia a drenagem da urina para um frasco coletor, substituindo fraldas e absorventes.

21.2 OBJETIVO

Controlar o débito urinário e proteger região perineal do contato com a urina em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou com alteração do nível de consciência; reduzir a incidência de infecção do trato urinário devido a cateterização de demora ou de alívio.

21.3 ABRANGÊNCIA:

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

21.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem

21.5 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Kit de higiene íntima masculina com aparelho para tricotomia (observar POP 3.4 e 3.5);
- Luvas de procedimentos;
- Dispositivo de incontinência urinária (Uripem - Uropem);
- Frasco coletor para drenagem de urina com intermediário;
- Biombos

21.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos (conforme POP 15.3);
- Explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Promover privacidade do paciente com biombos ao redor do leito;
- Calçar as luvas;
- Retirar excesso de pêlos;
- Examinar estado do pênis;
- Realizar higiene íntima- (conforme POP 3.4);
- Segurar o corpo do pênis com a mão não dominante, enquanto a mão dominante segura o dispositivo na ponta e delicadamente o desenrola sobre o mesmo (no sentido da glande para a raiz do pênis);
- Deixar um espaço de 2 a 5 cm entre a ponta da glande e a extremidade do dispositivo;
- Fixar com o adesivo do uripem ou uropem de forma circular, porém sem apertar muito o corpo do pênis;
- Adaptar o dispositivo ao intermediário;

- Observar a drenagem de urina no frasco coletor;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Retirar as luvas;
- Manter leito do paciente em ordem;
- Higienizar mãos (conforme POP 15.3);
- Checar prescrição de enfermagem;
- Realizar anotações de enfermagem.

21.7 DISPOSIÇÕES GERAIS:

- Trocar o dispositivo diariamente ou sempre que necessário;
- A cada troca observar a integridade cutânea da pele na região do pênis;
- Os registros de Enfermagem devem contemplar: a indicação e a prescrição de instalação com base na avaliação individualizada do paciente.
- Se o uropen estiver vazando aos redores do dispositivo, retire e instale um novo. O re- uso pode ocasionar infecções urinárias indesejáveis, e lesionar o pênis.

21.8 REFERÊNCIAS

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO HGV – Hospital Getúlio Vargas, RJ – 2012;

PROCEDIMENTO OPERACIONAIS PADRÃO HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto, RJ– 2013.

SILVA,V.S.T., et al. **Cateter Urinário Externo Masculino: um olhar sobre a prática assistencial de Enfermagem.** Rev Bras. Enferm. vol 72, Brasília: 2019.

21.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	30/11/2020	Complementações nos itens 1(DEFINIÇÃO) e 7 (DISPOSIÇÕES GERAIS).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Eduardo Rafael de Sousa Neto

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: __/__/__

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: __/__/__

22 CATETERISMO NASOENTERAL

22.1 DEFINIÇÃO

Consiste na introdução de uma sonda de calibre variado, através do nariz (em adultos) ou da boca (em RN e lactentes), até a cavidade gástrica. Seu uso deve ser criterioso e pelo menor tempo possível, a fim de reduzir possíveis complicações, tais como: lesões nasais e orofaríngeas, infecção broncopulmonar e estenose esofágica.

22.2 OBJETIVO

- Esvaziamento do conteúdo gástrico (intoxicações exógenas e preparo para cirurgia);
- Lavagens gástrica (hemorragias digestivas altas);
- Indicada também para alimentar ou medicar, em pacientes impossibilitados de deglutir.

22.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros.

22.4 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Sonda Nasogástrica (SNG);
- Seringa de 20ml;
- Gaze;
- Toalha de papel;
- Lidocaína gel;
- Fita adesiva;
- Estetoscópio;
- Biombo s/n;
- Luvas de procedimento, máscara descartável, óculos protetor;
- Sacos para lixo.

22.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA Sonda

- Explicar ao cliente independente do seu nível de consciência, sobre o que vai ser feito, orientando-o no que poderá ajudar;
- Preparar o ambiente colocando biombo ou fechando a cortina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

- Realizar a inspeção e a palpação da pele das fossas nasais e da região paranasal, esta avaliação será feita para detecção de dor, obstrução e desvio do septo nasal;
- Escolher o orifício nasal mais permeável para introduzir a sonda, caso haja sujidades proceder à higiene antes da introdução;
- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45º) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada, se não houver contraindicações;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e dela até à base do apêndice xifoide, marcar com adesivo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com lidocaína gel;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta e introduzir até a marca do adesivo;
- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda, não insistir e tentar introduzi-la na outra narina;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local, injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide para ouvir ruídos hidroaéreos, ou analisar o fluxo de suco gástrico aspirando com a seringa de 20ml;
- Sempre que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Escolher o orifício nasal mais permeável para introduzir a sonda, caso haja sujidades proceder à higiene antes da introdução;
- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45º) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada, se não houver contraindicações;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e dela até à base do apêndice xifoide, marcar com adesivo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com lidocaína gel;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta e introduzir até a marca do adesivo;
- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda, não insistir e tentar introduzi-la na outra narina;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local, injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide para ouvir ruídos hidroaéreos, ou analisar o fluxo de suco gástrico aspirando com a seringa de 20ml;
- Sempre que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Fechá-la ou conectá-la ao coletor;

- Fixar a sonda com fita adesiva não tracionando a narina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar Checagem de Enfermagem, com letra legível;
- Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar.

22.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GAVAGEM

- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Verificar a temperatura do alimento;
- Retirar o ar do equipo e do frasco, fechá-lo bem e levá-lo até a cabeceira juntamente com o restante do material.
- Posicionar o paciente em posição de Fowler (45°); se não houver contraindicações;
- Orientar o paciente sobre o que lhe vai ser feito;
- Colocar o frasco com alimentação no suporte apropriado;
- Instalar sempre em Bomba de Infusão, para que a alimentação seja administrada no horário adequado, seguindo o fluxograma estabelecido pelo setor da nutrição;
- Registrar em prontuário e em ficha de balanço hídrico todas entradas (dieta ou água);
- Se a dieta não for administrada, colocar em prontuário o motivo e devolver o mais rápido possível a dieta para o setor de nutrição.

22.7 OBSERVAÇÕES

- A escolha do cateter nasogástrico dependerá de aspectos clínicos do paciente e do objeto da terapia, sendo disponibilizados em menor calibre para gavagem (alimentação) e maior calibre para aspiração, lavagem gástrica (sifonagem) e avaliação do volume residual;
- Lavar sempre a sonda após administração de medicamentos e após o término de cada alimentação com 20ml de água destilada;
- Deixar a sonda aberta ou fechada conforme a finalidade;
- Na **SNG ABERTA**, a sonda deverá ser conectada a uma extensão e frasco coletor; deve-se controlar diariamente o volume e características (cor, presença de grumos ou sangue);
- Manter o paciente em posição de Fowler, se não houver contraindicação, a fim de se evitar esofagite de refluxo;
- A troca da fixação da sonda deve ser feita diariamente e sempre que estiver solta;
- Manter a marca do posicionamento adequado (próximo à narina), facilitando a observação de pequenos deslocamentos;

- Registre o tipo e o tamanho da SNG, bem como a data, o horário e a via de inserção. Anote também o tipo e a quantidade da aspiração, se houver, descrevendo a drenagem, incluindo a quantidade, cor, característica, consistência e odor;
- Observe a tolerância do paciente ao procedimento;
- Quando remover a sonda, certifique-se de registrar a data e o horário;
- Novamente anote a tolerância do paciente ao procedimento;
- Se o paciente apresentar agitação, ansiedade, tosse, cianose, retirar imediatamente a sonda;
- Registrar em prontuário o procedimento realizado, bem como o material utilizado.

22.8 REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY, A.G.: **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POTTER, P.A; PERRY, A.G: **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A.; LAPLACA, D.V.; MACHADO, W.C.A.: **Tratado Prático de Enfermagem**. Volume 2, Yendis, 2ª edição, 2009;

MOZACHI, NELSON. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. Edição 10. Curitiba: Os Autores, 2005.

POTTER, P.A; PERRY, A.G: **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A.; LAPLACA, D.V.; MACHADO, W.C.A.: **Tratado Prático de Enfermagem**. Volume 2, Yendis, 2ª edição, 2009;

MOZACHI, NELSON. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. Edição 10. Curitiba: Os Autores, 2005.

22.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (DEFINIÇÃO), 5 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA Sonda) e 7 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: __/__/__

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: __/__/__

23 CATETERISMO NASOGÁSTRICO

23.1 DEFINIÇÃO

Consiste na introdução de uma sonda de calibre variado, através do nariz (em adultos) ou da boca (em RN e lactentes), até a cavidade gástrica. Seu uso deve ser criterioso e pelo menor tempo possível, a fim de reduzir possíveis complicações, tais como: lesões nasais e orofaríngeas, infecção broncopulmonar e estenose esofágica.

23.2 OBJETIVO

- Esvaziamento do conteúdo gástrico (intoxicações exógenas e preparo para cirurgia);
- Lavagens gástrica (hemorragias digestivas altas);
- Indicada também para alimentar ou medicar, em pacientes impossibilitados de deglutir.

23.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros.

23.4 MATERIAL NECESSÁRIO

Bandeja contendo:

- Sonda Nasogástrica (SNG);
- Seringa de 20ml;
- Gaze;
- Toalha de papel;
- Lidocaína gel;

- Fita adesiva;
- Estetoscópio;
- Biombo s/n;
- Luvas de procedimento, máscara descartável, óculos protetor;
- Sacos para lixo.

23.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA Sonda:

- Explicar ao cliente independente do seu nível de consciência, sobre o que vai ser feito, orientando-o no que poderá ajudar;
- Preparar o ambiente colocando biombo ou fechando a cortina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar a inspeção e a palpação da pele das fossas nasais e da região paranasal, esta avaliação será feita para detecção de dor, obstrução e desvio do septo nasal;
- Escolher o orifício nasal mais permeável para introduzir a sonda, caso haja sujidades proceder à higiene antes da introdução;
- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45º) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada, se não houver contraindicações;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e dela até à base do apêndice xifoide, marcar com adesivo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com lidocaína gel;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta e introduzir até a marca do adesivo;
- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda, não insistir e tentar introduzi-la na outra narina;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local, injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide para ouvir ruídos hidroaéreos, ou analisar o fluxo de suco gástrico aspirando com a seringa de 20ml;
- Sempre que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
- Fixar a sonda com fita adesiva não tracionando a narina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar Checagem de Enfermagem, com letra legível;
- Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar.

23.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GAVAGEM

- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Verificar a temperatura do alimento;
- Retirar o ar do equipo e do frasco, fechá-lo bem e levá-lo até a cabeceira juntamente com o restante do material.
- Posicionar o paciente em posição de Fowler (45°); se não houver contraindicações;
- Orientar o paciente sobre o que lhe vai ser feito;
- Colocar o frasco com alimentação no suporte apropriado;
- Instalar sempre em Bomba de Infusão, para que a alimentação seja administrada no horário adequado, seguindo o fluxograma estabelecido pelo setor da nutrição;
- Registrar em prontuário e em ficha de balanço hídrico todas entradas (dieta ou água);
- Se a dieta não for administrada, colocar em prontuário o motivo e devolver o mais rápido possível a dieta para o setor de nutrição.

23.7 OBSERVAÇÕES

- A escolha do cateter nasogástrico dependerá de aspectos clínicos do paciente e do objeto da terapia, sendo disponibilizados em menor calibre para gavagem (alimentação) e maior calibre para aspiração, lavagem gástrica (sifonagem) e avaliação do volume residual;
- Lavar sempre a sonda após administração de medicamentos e após o término de cada alimentação com 20ml de água destilada;
- Deixar a sonda aberta ou fechada conforme a finalidade;
- Na SNG ABERTA, a sonda deverá ser conectada a uma extensão e frasco coletor; deve-se controlar diariamente o volume e características (cor, presença de grumos ou sangue);
- Manter o paciente em posição de Fowler, se não houver contraindicação, a fim de se evitar esofagite de refluxo;
- A troca da fixação da sonda deve ser feita diariamente e sempre que estiver solta;
- Manter a marca do posicionamento adequado (próximo à narina), facilitando a observação de pequenos deslocamentos;
- Registre o tipo e o tamanho da SNG, bem como a data, o horário e a via de inserção. Anote também o tipo e a quantidade da aspiração, se houver, descrevendo a drenagem, incluindo a quantidade, cor, característica, consistência e odor;
- Observe a tolerância do paciente ao procedimento;
- Quando remover a sonda, certifique-se de registrar a data e o horário;
- Novamente anote a tolerância do paciente ao procedimento;

- Se o paciente apresentar agitação, ansiedade, tosse, cianose, retirar imediatamente a sonda;
- Registrar em prontuário o procedimento realizado, bem como o material utilizado.

23.8 REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S.; et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FIGUEIREDO, N. M. A.; LAPLACA, D.V.; MACHADO, W.C.A.: **Tratado Prático de Enfermagem**. Volume 2, Yendis, 2ª edição, 2009.

MOZACHI, NELSON. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. Edição 10. Curitiba: Os Autores, 2005.

POTTER, P.A; PERRY, A.G.: **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POTTER, P.A; PERRY, A.G: **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RAMOS, A.M.P.C. **Boas práticas de enfermagem no cateterismo nasogástrico e nasoenteral em adultos: impactos na qualidade assistencial e segurança do paciente**. Editora Appris, 2020.

RIBEIRO, M.C.B et al. Estenose esofágica por uso de sonda nasogástrica: reflexão sobre o uso indiscriminado. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202011000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16/06/2020.

23.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (DEFINIÇÃO), 5 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA Sonda) e 7 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

24 LAVAGEM GÁSTRICA

24.1 DEFINIÇÃO

É um tratamento médico, que consiste na administração de fluido no estomago por meio de tubo de grande calibre e sua posterior remoção juntamente com as substancias que se encontravam no interior gástrico. Tal procedimento visa a evitar que substancias toxicas ingeridas cheguem ao intestino delgado, local onde ocorre a maior absorção devido a grande superfície absorptiva.

24.2 OBJETIVO

Realizar a limpeza do estômago nos casos de ingestão de substância tóxicas ou irritantes; e no preparo dos pacientes para exame e/ou cirurgias.

24.3 CONTRAINDICAÇÕES

- Paciente com Glasgow < 8, exceto se for intubado;

- Ingestão de cáusticos ou corrosivos, com exceção do Paraquat, por apresenta efeito sistêmico muito importante;
- Ingestão de hidrocarbonetos com alta volatilidade;
- Varizes de esôfago de grosso calibre;
- Hematêmese volumosa;
- Cirurgia recente do trato gastrointestinal;
- Ingestão de materiais sólidos com pontas;
- Ingestão de pacotes contendo drogas.

24.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros.

24.5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- ✓ Bandeja contendo:
- SF 0.9% 1000ml ou volume prescrito para realização do procedimento;
- Sonda gástrica de grosso calibre;
- 01 seringa de 20ml;
- Equipo macrogotas;
- Frasco coletor;
- Luvas de procedimento;
- Biombo;
- Toalha de papel.

24.6 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Colocar o cliente em posição de semi-fowler;
- Proteger o tórax do cliente com a toalha;
- Calçar as luvas;

- Executar a sondagem nasogástrica conforme técnica correta;
- Conectar o equipo no frasco de SF 0.9% ou encha a seringa com a solução irrigadora e conecte-a a extremidade da sonda e permita que a solução flua para dentro pela gravidade ou com uma suave pressão;
- Conectar a sonda ao equipo e infundir o volume de lentamente;
- Fechar a pinça rolete do equipo após ter sido infundida a quantidade de soro indicada;
- Se estiver utilizando a seringa, clampe sempre a extremidade a cada necessidade de aspirar mais solução irrigadora impedindo a entrada de ar no estômago;
- Desconectar o equipo do soro ou a seringa e conectar a extensão do frasco coletor a sonda e deixar em drenagem espontânea até que não saia mais conteúdo gástrico ou se necessário conectar a sonda a uma fonte de sucção;
- Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido;
- Lavar com 20 ml de água e clampar a sonda;
- Reposicionar o cliente;
- Recompor a unidade;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar o registro do procedimento, destacando: o horário, volume de soro infundido, as características (aspecto e volume) do líquido de retorno gástrico, bem como, as intercorrências se houverem.

24.7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM/ TOMADA DE DECISÕES

- **Prevenção de broncoaspiração:** fazer a aspiração naso-traqueal ou realizar o teste da ausculta ao inserir 10ml de ar;
- **Verificar insuficiência respiratória:** A presença de laringoespasmos é uma complicação grave da sondagem nasogástrica e exige atenção médica imediata;
- **Manter o decúbito elevado para diminuir risco de broncoaspiração;**
- **Prevenção de distensão abdominal:** inserir a quantidade de líquido recomendada;
- **Verificar posicionamento da sonda:** fazer a aspiração naso-traqueal ou realizar o teste da ausculta ao inserir 10ml de ar. Fazer reposicionamento;
- **Observar se a quantidade de líquido drenada é a mesma quantidade administrada:** caso não seja pode ter ocorrido distensão gástrica.

24.8 RECOMENDAÇÕES

- Caso o cliente já esteja sondado, verificar se a sonda está posicionada corretamente, pela confirmação da medida externa, pela aspiração do suco gástrico ou pela ausculta da região epigástrica ao injetar 10 ml de ar;
- Em caso de dificuldades na passagem da sonda, sangramentos ou obstrução nasal, comunicar ao médico plantonista e realizar o registro no prontuário do cliente.

24.9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Departamento de Atenção Básica. Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

LEIDENZ, F.A.B; et al. **Lavagem gástrica realmente efetiva?** Revista Médica Minas Gerais, 2012.

POTTER, P.A; PERRY, A.G: **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012; Brasília, DF, Manual de Procedimentos de Enfermagem, 2012

SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

24.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (DEFINIÇÃO). Inserção dos itens: 3 (Contraindicações) e 7 (Cuidados de enfermagem/tomada de decisão).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

25 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

25.1 DEFINIÇÃO

É a introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instalar medicação ou líquido com tempo de permanência determinada pelo médico.

25.2 OBJETIVO

Promover a drenagem urinária e controle rigoroso do débito urinário; preparar o cliente para exames e cirurgias.

25.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Médicos.

25.4 INDICAÇÃO

- A decisão do uso do cateterismo vesical de demora deve ser feita através de prescrição médica, com base em indicação clínica criteriosa, por exemplo:
- Impossibilidade de micção espontânea;
- Instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização rigorosa do débito urinário;
- Tratamento de pacientes do sexo feminino com lesão por pressão estágio IV, ou com cicatrização comprometida;
- Pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte;
- Drenagem vesical por obstrução crônica,
- Disfunção vesical (bexiga neurogênica);
- Drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas;
- Medida de diurese em pacientes graves;
- Assegurar a higiene perineal e o conforto de pacientes incontinentes de urina e comatosos.

25.5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 01 pacote de sondagem vesical;
- 01 par de luvas estéreis;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 sonda vesical duas vias de calibre adequado;
- Xilocaína gel;
- 02 pacotes de gaze;
- 01 seringa de 20 ml;

- 01 seringa de 20 ml ou 10 ml (deve ter ponta que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda);
- 15-20 ml de água destilada;
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Fita adesiva microporosa;
- Solução antisséptica aquosa (PVPI degermante ou Clorexidina aquosa 0,2%);
- Saco ou lixeira para descarte de material biológico.

25.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até o paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar o paciente:
 - ✓ Masculino: em decúbito dorsal horizontal, com os membros inferiores afastados;
 - ✓ Feminino: posição litotômica (em decúbito dorsal, com as pernas afastadas, os joelhos fletidos e os pés apoiados sobre a cama) e coberta com um lençol;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba redonda, pacotes de gaze sobre o campo estéril, a sonda (testar o balonete);
- Acrescentar aproximadamente 10 ml de xilocaína gel na seringa, tendo-se o cuidado de descartar o primeiro jato e de não contaminar a seringa (pode-se segurá-la com o próprio invólucro e retirar o êmbolo com uma gaze, apoiando-o no campo). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Dobrar gazes e colocar na cuba com o antisséptico;
- Conectar o cateter de Foley ao coletor em sistema fechado;
- Lubrificar a sonda por cerca de 10 cm;
- Proceder à antisepsia do meato uretral;

Cateterismo vesical feminino:

- Utilizar os dedos indicador e polegar da mão não dominante para separar os pequenos lábios e visualizar o meato uretral;
- Realizar a antisepsia no sentido púbis-ânus e, na sequência, grandes lábios, pequenos lábios, meato uretral até períneo, com as gazes que foram embebidas no antisséptico. Usar a gaze uma vez e descartá-la;
- Remover o antisséptico degermante da região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios de assepsia descritos;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à janela do campo;
- Inserir o cateter lubrificado através do orifício uretral da paciente;
- Introduzir o cateter mais 3 a 4cm, após a urina começar a fluir, a fim de assegurar que o balão não se encontra na uretra.

Cateterismo vesical masculino:

- Afastar o prepúcio;
- Segurar o pênis com uma gaze com a mão não dominante, mantendo-o perpendicular ao abdome;
- Realizar antisepsia com as gazes embebidas com solução antisséptica degermante, do meato uretral para a periferia. Usar a gaze uma vez e descartá-la;
- Remover o antisséptico degermante da região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios de assepsia descritos anteriormente;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Manter o pênis perpendicular ao corpo, retraindo o prepúcio;
- Aplicar o lubrificante/anestésico, lentamente, através do meato uretral com auxílio da seringa *luer slip* de 20 ml;
- Aguardar alguns segundos para o início da ação do lubrificante/anestésico;
- Introduzir o cateter vesical até encontrar resistência;
- Inclinar o pênis em um ângulo de 45° em direção ao abdome e continuar introduzindo o cateter, o que facilita a passagem na uretra bulbar;
- Introduzir o cateter até a bifurcação em “Y”, 15 a 20cm, e até o refluxo de urina.

Para ambos os sexos:

- Insuflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar o cateter delicadamente para verificar se está fixo na bexiga;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar o corpo da sonda na região da face medial da coxa (sexo feminino) / região hipogástrica (sexo masculino) e não a deixar tracionada;
- Fixar o saco coletor na lateral do leito, do mesmo lado em que foi fixada a sonda vesical, abaixo do nível da bexiga;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Higienizar as mãos novamente, retornar e identificar o saco coletor com nome do paciente, data, turno e nome do enfermeiro responsável.

25.7 CUIDADOS DURANTE O USO DA SONDA

- Manter o sistema de drenagem fechado e estéril;
- Trocar todo o sistema quando houver desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
- Não permitir que a bolsa coletora toque o chão;
- Manter a bolsa coletora abaixo do nível de inserção do cateter;

25.8 REGISTRO

Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar do paciente.

25.9 OBSERVAÇÕES

- O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos:
 - ✓ **Dentro do campo estéril:** colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro;
 - ✓ **Antes de dispor o material no campo:** aspira-se a água destilada e testa- se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

- Recomenda-se a permanência do CVD o menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto em caso de cirurgias urológicas. Sendo assim, necessário haver avaliação médica para o uso ou a retirada do cateter vesical de demora;
- O tempo de permanência do CVD maior que dez dias eleva as chances de complicações e sequelas como infecções de repetição ou recorrentes, prostatites, epididimites, vesiculite seminal e pielonefrite e infecção urinária.
- A remoção precoce do cateter de demora em pacientes cirúrgicos está associada a menor risco de ITU e menor tempo de internação

25.10 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

- Falso trajeto: retirar a sonda, reiniciar o procedimento com novo material estéril, e comunicar ao médico;
- Lesão do canal da uretra: interromper o procedimento e comunicar o médico para avaliação;
- Contaminação: interromper o procedimento e reiniciar com novo material estéril;
- Calibre da sonda inadequado: trocar a sonda por calibre adequado;
- Clamp fechado: abrir o clamp;
- Tracionamento da sonda: fixar a sonda sem tracioná-la.

25.11 REMOÇÃO DO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Materiais

- 1 seringa de 20ml;
- 1 pacote de gazes;
- 1 par de luvas para procedimentos;
- Recipiente para lixo, máscara e óculos.

Técnica para retirada

- Explicar, orientar o usuário sobre o procedimento a ser realizado;
- Preparar o material a ser utilizado;
- Higienizar as mãos;

- Calçar as luvas;
- Remover a fita de fixação da sonda, cuidadosamente;
- Desinsuflar totalmente, o balão com auxílio da seringa;
- Remover lentamente, o cateter;
- Realizar higiene íntima;
- Organizar o ambiente;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Registrar todo o procedimento executado, bem como tempo de permanência da sonda e alterações existentes;
- Desprezar o resíduo em local apropriado.

25.12 REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde: medidas de prevenção de infecção do trato urinário**. Série Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília; 2017.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. **Manual De Procedimentos De Enfermagem**. Brasília- DF. 2012. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=216>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

BRASIL. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica**. 2. ed. -São Paulo: SMS, 2014.

CARNEVALLI AL. **Técnicas de mudança de decúbito**. IN: Normas, Rotina e Técnica de Enfermagem. 3 ed. São Paulo: Látria, 2001.

CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ERCOLE, Falci F. et al. **Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.- fev. 2013 [acesso em: set. de 2020 21(1): [10 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a23.pdf

FARIAS R. C.; Nascimento C. C. L. do; Souza M. W. O. de. **Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: elaboração de Bundle.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 11, p. e510, 29 maio 2019.

MAXIMINO, Petrizi N.; FONTES, Mendes Bertoncello C.; SILVEIRA, Vaz de Arruda L. **Orientações Pós-Alta Hospitalar para o Cuidador De Pacientes Acamados.**

TAVARES J. M. de M.M et al. **Incidência de infecção urinária em pacientes hospitalizados em uso de cateter vesical de demora.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 8, p. e3497, 26 jun. 2020.

TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO HU UFSC. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/ELIMINACAO_INT_VES/CCATE_VESICAL_DEMORA_MASC.pdf> Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

SCALABRINI Neto A; DIAS, R. D; VALESCO, I. T. **Procedimentos em emergência.** 2ªed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

25.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	28/09/2020	Complementações no item: 6 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e inclusão do item 10 (REMOÇÃO DO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Maria Virgínia Pires Miranda

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Laiany Nayara Barros Gosnçalves

Ianni Emmanuela Santana de Almeida

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

26 IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA

26.1 DEFINIÇÃO

É a instalação de uma solução para a lavagem contínua da bexiga. Para isso é necessário que o paciente esteja cateterizado com uma sonda vesical de 3 vias:

- 1ª via: drenagem da urina;
- 2ª via: insuflação do balão com água destilada;
- 3ª via: irrigação contínua.

26.2 OBJETIVO

Eliminar o material introduzido por essa via juntamente com a urina.

26.3 INDICAÇÕES

- Atender a prescrição médica de irrigação vesical;
- Prevenir obstruções do trato urinário, removendo coágulos pós cirúrgicos (próstata e bexiga);
- Introduzir soluções de tratamento de inflamações, irritações da bexiga como também as medicações antineoplásica;
- Prevenção e tratamento de hemorragias da bexiga.

26.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

26.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja,
- Luvas de procedimento,

- Máscara,
- Óculos de proteção,
- Luva estéril,
- Gaze estéril,
- Biombo,
- Suporte de soro,
- Clorexidina alcoólica,
- Frasco de solução fisiológica 0,9% de 1000ml (rotulado como Solução para Irrigação Vesical) conectado em equipo de macrogotas (se necessário, tubo extensor),
- Impresso para registro e cálice graduado.

Importante: Para instalar a irrigação vesical, é necessário que o paciente esteja com uma sonda vesical de 3 vias.

26.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme a identificação do paciente e o procedimento a ser realizado;
- Reunir o material e leva-lo ao lado do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Posicionar o biombo e fechar a porta do quarto;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Esvaziar o saco coletor de urina (registrar o volume nas anotações de enfermagem ou planilha de balanço hídrico – Ver POP2.8);
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Pendurar o frasco de 1000ml de SF à 0,9% no suporte de soro;
- Colocar a clorexidina alcoólica nas gazes e com luvas estéreis fazer antisepsia na conexão entre a terceira via da sonda e a tampa de oclusão da via;
- Desconectar o oclisor da terceira via da sonda e retirar a tampa do equipo do soro;
- Conectar o equipo na terceira via da sonda;
- Deixar infundir o soro em gotejamento rápido, trocando o frasco antes do término;
- Pedir ao paciente ou acompanhante que ajude a observar quando o soro estiver prestes a acabar;
- Retirar as luvas estéreis;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Auxiliar o paciente a se vestir e/ou colocar a fralda descartável;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
- Encaminhar o material para o expurgo e desprezar os resíduos em local apropriado;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secando com papel toalha e passar álcool a 70%;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS
- Checar na prescrição médica, anotar o procedimento registrando a hora, o aspecto e a coloração da urina. Registrar o volume instalado nas anotações de enfermagem ou planilha de balanço hídrico;
- Assinar e carimbar.

26.7 OBSERVAÇÕES

- O soro fisiológico de irrigação não pode ser parado pelo risco de formar coágulos;
- A troca do frasco de SF 0,9% deve ser feita antes do término do frasco anterior, para evitar obstrução da sonda;
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total e ao término de frasco de SF0,9%, considerando a necessidade de fazer o balanço entre o volume infundido e drenado;
- O preenchimento da planilha balanço hídrico inclui o volume infundido, o volume drenado. Deve ser calculado a diurese parcial e registrado o volume de diurese no plantão;
- Deve-se atentar para sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido;
- Nesta situação, a bexiga poderá ser esvaziada para alívio da dor com seringa de 60 ml, que irá remover os coágulos. Uma vez resolvido o problema, o paciente continuará com a irrigação contínua. Algumas vezes, a sonda pode ser trocada por uma de maior calibre para saída dos coágulos;
- Em prescrição médica de retirada da irrigação, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda;
- O equipo de soro deve ser trocado de acordo com as recomendações do CCIRAS (a cada 72 horas).

26.8 REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. Parecer COREN/GO nº 012/CTAP/2019. Dispõe sobre a desobstrução de sonda vesical pelo enfermeiro. Disponível em:

<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Parecer-COREN-2019-Desobstru%C3%A7%C3%A3o-de-Sonda-Vesical.pdf>. Acesso em: 06/07/2020.

POP FACENF-UFJF, nº20. **Procedimentos de Enfermagem:** eliminações urinárias. Elaborado em 01/06/2012. Revisado em: 27/02/2019. Disponível em: <http://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POPFACENFElimina%C3%A7%C3%B5es-urin%C3%A1rias-n.-20>. Acesso em: 06/07/2020.

UNIFESP, Hospital Universitário de São Paulo. **Procedimento operacional padrão: irrigação vesical contínua.** 2011. Disponível em: http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2014/POP_irrigacao-vesical_continua.pdf. Acesso em: 07 de fev. de 2016.

26.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Inserção da definição e indicações. Complementações no objetivo, descrição do procedimento e observações.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Jedaías Silas da Silva

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem) Data: ____/____/____

27 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE SUBMETIDO A DRENAGEM TORÁCICA

27.1 OBJETIVO

Trata-se de um procedimento invasivo realizado pelo médico para promover a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural, manter a função cardiorrespiratória e a estabilidade hemodinâmica por meio da retirada de fluidos que se encontrem acumulados na cavidade pleural.

27.2 INDICAÇÃO

Aplica-se o procedimento nos casos de pneumotórax espontâneo (primário ou secundário), hipertensivo, traumático ou iatrogênico; hemotórax traumático ou residual; derrame pleural exsudato, empiema ou quilotórax; e drenagem Profilática.

27.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

27.4 MATERIAL NECESSÁRIO

Mesa auxiliar, foco auxiliar, bandeja de pequena cirurgia, dreno de tórax conforme numeração determinada pelo cirurgião, gases estéreis, fios de sutura, seringa de 10ml com agulha,

solução antisséptica, luva estéril, capote, gorro cirúrgico, máscara, anestésico local a 2% sem vasoconstritor, lâmina de bisturi, frascos de sistema de drenagem, soro fisiológico de 500ml, esparadrapo comum, recipiente para lixo.

27.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir o material necessário e levá-lo à beira do leito;
- Dispor o material sobre a mesa auxiliar;
- Auxiliar o médico no posicionamento do tórax a ser drenado: elevar acima da cabeça e restringir o braço a ser drenado;
- Colocar sobre o campo estéril: fio de sutura, lâmina de bisturi e cateter de drenagem;
- Segurar o anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo;
- Despejar a solução antisséptica na cuba rim;
- Ajustar o foco de luz;
- Preencher o frasco de drenagem com SF 0,9%;
- Após o término do procedimento, descartar o material perfurante/cortante na caixa apropriada e, segregar os demais de forma correta;
- Fazer o curativo no local da inserção;
- Registrar todo o material utilizado, e deixar o paciente e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Identificar o curativo com nome do realizador, data, hora e, por fim, proceder com as anotações de enfermagem no prontuário;
- Providenciar realização de Raio X para verificar posicionamento do dreno.

27.6 TROCA DO SELO D'ÁGUA

- Observar prescrição médica/enfermagem;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Identificar-se ao paciente;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Dispor o material próximo ao cliente;
- Calçar as luvas;
- Anotar o volume drenado;
- Clipar a extensão do frasco coletor;
- Desconectar o frasco de coletor e proteger a estrutura do dreno;
- Desprezar a secreção no cálice graduado;
- Enxaguar o frasco coletor com 500 ml de água destilada;
- Preencher o frasco coletor com 500 ml de água destilada ou SF 0,9%;
- Conectar o frasco coletor;
- Despinçar o dreno e a extensão do frasco;
- Fazer a régua indicando ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor;
- Deixar o cliente confortável;
- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Avaliar e anotar: oscilação de líquido na extensão e selo d'água do frasco coletor; débito e aspecto da secreção; e padrão respiratório;
- Realizar anotações necessárias.
- Se estiver trocando o sistema de drenagem, solicitar ao paciente para inspirar profundamente, segurar o ar e abaixar-se levemente enquanto o sistema está sendo trocado de modo rápido;
- Pinçar o dreno por alguns minutos enquanto realiza a troca;
- Se a indicação da drenagem for devido a presença de pneumotórax, pinçar o dreno por período mínimo, apenas para a troca do frasco;
- Se for indicado, conectar o tubo de controle de aspiração da câmara para a fonte de aspiração;
- Ajustar o regulador de fluxo de aspiração até notar um suave aborbulhamento na câmara de controle de aspiração;
- Desprezar as luvas e materiais descartáveis;
- Administrar analgésico prescrito;

- Colocar o paciente em uma posição confortável;
- Checar se a posição dos sistemas de drenagem e do sistema de aspiração estão abaixo do nível do tórax;
- Não fixar a extensão do dreno na cama do paciente;
- Cuidar e orientar a família para que o frasco de drenagem seja mantido em nível inferior ao tórax;
- Observar a oscilação da câmara de selo d'água;
- Suspeitar de vazamento de ar se houver aborbulhamento e o paciente não apresentar pneumotórax;
- Checar a segurança das conexões do dreno;

27.8 DESOBSTRUÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM DO DRENO DO TÓRAX

- Para ordenhar, segurar o dreno próximo ao tórax e ordenhá-lo entre os dedos e a palma da mão;
- Mover a outra mão para a próxima porção mais baixa do dreno e ordenhar;
- Soltar a primeira mão e mover para a próxima porção do dreno. Continuar em direção ao frasco de drenagem;
- Para comprimir colocar lubrificante nos dedos de uma mão e apertar com força o dreno de tórax com os dedos da outra mão;
- Apertar o dreno abaixo da porção comprimida, com os dedos lubrificados e escorregar os dedos para baixo em direção ao sistema de drenagem;
- Lentamente soltar o pressionamento dos dedos não lubrificados e então fazer o mesmo com os dedos lubrificados;
- Repetir uma ou duas vezes, notificar se não conseguir limpar os coágulos do dreno;
- A cada seis horas monitorar: curativo do dreno, adequação do tipo de fita, quantidade e característica dos sons respiratórios, sinais de enfisema subcutâneo;
- A cada quatro a seis horas, monitorizar sinais vitais.

27.9 OBSERVAÇÕES

- O transporte do paciente com dreno de tórax deve ser realizado sem pinçar o sistema, mantendo-o abaixo do ponto de inserção do dreno no tórax do paciente;

- A prática de realização da ordenha do sistema de drenagem como procedimento rotineiro para a prevenção da ocorrência de obstrução não deve ser adotada. No entanto, em caso de obstrução do sistema, a ordenha se torna necessária;
- Caso a sonda torácica, acidentalmente, se desconecte do sistema de drenagem, colocar a extremidade do dreno na solução estéril. Isso evita a entrada de mais ar no espaço pleural, por meio do dreno torácico, mas permite que qualquer ar que entre no espaço pleural pela respiração saia logo que a pressão se acumular.

27.10 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiano Feijó; FELICETTI, José Carlos. **Drenagem Torácica**. 2011. Disponível em: http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenagem_toracica_2.pdf. Acesso em: 29 de fev. de 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Boas práticas. **Dreno de tórax**. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>. Acesso em 07/07/2020.

LUZ, Sérgio. **Troca de Selo D'água do Frasco Coletor em Dreno de Tórax**. 2010. Disponível em: http://portaldadenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=341. Acesso em: 29 de fev. de 2016.

LYNN, Pamela. **Manual de habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor**. Artmed, 2016.

27.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	INSERÇÃO DOS TÓPICOS: 07 (TROCA DO SISTEMA DE DRENAGEM DO DRENO DE TÓRAX), 08 (DESOBSTRUÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM DO DRENO DE TÓRAX) e 09 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Jedaías Silas da Silva

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

28 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO

28.1 DEFINIÇÃO

É a implementação de cuidados de enfermagem sistematizados aos pacientes portadores de ostomias intestinais. As ostomias, ostoma, estoma ou estomia são palavras de origem grega que significam “boca”, consistindo então em um procedimento cirúrgico de comunicação de vísceras intestinas (íleo ou cólon) com o meio exterior, através da parede abdominal, criando assim uma abertura para esvaziamento do conteúdo fecal, que podem ser temporárias ou definitivas.

28.2 OBJETIVO

Promover conforto ao paciente com a instituição de cuidados específicos para manter a ostomia saudável, através da avaliação criteriosa e limpeza do estoma, bem como a remoção e troca da

bolsa coletora, prevenindo complicações e realizando orientação para o autocuidado, a fim de promover a adaptação e reabilitação biopsicossocial do paciente.

28.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiro, técnicos de enfermagem e médico.

28.4 MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamento de Proteção Individual - EPI;
- Carro de curativo, mesa fixa ou bandeja fixa;
- Bolsa coletora, de acordo com o caso do paciente;
- Protetor cutâneo estabelecido pelo CCIRAS;
- Guia de mensuração da ostomia ou pedaço de plástico transparente;
- Tesoura de ponta romba;
- Caneta hidrográfica;
- Pacotes de gazes;
- Solução fisiologia a 0.9%;
- Álcool 70%;
- Luva de procedimento;
- Forro impermeável;
- Recipiente plástico graduado;
- Biombo.

28.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler o prontuário do paciente para certifica-se do procedimento;
- Lavar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir material em bandeja ou mesa fixa;
- Apresentar-se e orientar paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento que vai ser realizado;
- Avaliar para verificar se será realizado apenas limpeza do estoma ou também a troca da bolsa;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- Proteger a privacidade do paciente fazendo uso do biombo e expondo apenas a área abordada;
- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Proceder a avaliação da ostomia observando as características gerais do local como cor, aspecto, forma, protrusão, tamanho e ocorrência de lesões e verificar o tipo de bolsa coletora a ser utilizada;

- Proceder a limpeza do estoma, com solução fisiológica 0,9%, irrigando abundantemente para retirar todo o resíduo presente;
- Embeber gases com solução fisiológica a 0,9% e faça movimentos circulares em volta do estoma e pele da região proximal;
- Realizar a secagem da estoma e pele com gaze estéril através de movimentos suaves e delicados;
- Para realizar a colocação da bolsa coletora deve-se primeiro realizar a mensuração da ostomia, utilizando uma estrutura plástica transparente para medir o seu diâmetro, marcando-o com caneta hidrográfica, tendo o cuidado de não deixar pequeno demais de forma que vá garrotear a ostomia e nem folgado demais para permitir vazamentos de secreções em contato com a pele;
- Com esse molde, desenhar na bolsa o círculo guia na placa adesiva da bolsa coletora conforme o molde, recortando-o com tesoura de ponta redonda;
- Retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares na placa na área da periestomia, para uma melhor aderência. Caso seja necessário utilize um protetor cutâneo;
- Colocar a bolsa preferencialmente com a abertura para baixo. Em pacientes acamados adaptar bolsa na posição horizontal e se o paciente já estiver deambulando, fixar na vertical;
- Fechar o fundo da bolsa com clamp próprio;
- Quando a bolsa atingir 2/3 de sua capacidade, proceder o esvaziamento da mesma, para que o peso de seu conteúdo não force a parte aderente da bolsa na pele, evitando aparecimento de solução de continuidade na pele e não aconteça o desprendimento da bolsa;
- Para o esvaziamento da bolsa coletora, proteja o lençol com material impermeável, soltando o clamp que a prende na parte inferior, desprezando seu conteúdo em recipiente graduado, para melhor registro de quantidade;
- Realize a lavagem da bolsa com solução fisiológica 0,9% suficiente para retirar todo o resíduo;
- Fechar a bolsa com clamp próprio;
- Observar as características do conteúdo da bolsa e desprezá-lo;
- Sendo necessário retirar a bolsa, levante a parte adesiva da mesma e mantenha a pele bem tensionada, e vá desprendendo-a delicadamente;
- Ao final do procedimento, reúna todo o material utilizado, proceda à lavagem das mãos e realize as devidas anotações em prontuário do paciente.

28.6 RECOMENDAÇÕES

- Durante a realização de todos os procedimentos de manejo da ostomia, proceder orientação ao paciente e estimular o autocuidado;
- A observação do estoma é muito importante. Deve-se observar a cor, o brilho, a presença de muco e o tamanho. Por causa da fragilidade dos tecidos, a limpeza do estoma deverá ser efetuada de forma delicada. Não é aconselhável esfregá-lo.
- A pele ao redor do estoma desempenha papel importante no funcionamento de todo o equipamento coletor, uma vez que é na sua superfície que a placa adesiva fica aderida. A pele deve ser avaliada quanto a cor, integridade, turgor e área para aplicação da placa. Processos alérgicos ou irritativos tendem a alterar essas três características.
- No cuidado com a pele, atenção especial ao paciente idoso, para evitar solução de continuidade por se tratar de pele mais delicada;
- Durante a limpeza da pele, cobrir a ostomia com um pouco de gaze, para absorver o excesso de drenagem;
- A bolsa coletora a ser utilizada deve se adequar as características e ao tipo da ostomia;
- Para a ileostomia é recomendado o uso de bolsa drenável, opaca, que deve ser esvaziada quando estiver com 1/3 ou menos da metade de sua capacidade. O diâmetro do recorte da placa adesiva deve ficar justo ao estoma para que não haja contato do efluente com a pele. O pH do efluente é muito alcalino e causa lesão da pele quando entra em contato com essa.
- Nas colostomias descendentes as fezes são semissólidas e irritam à pele, sendo necessário utilizar um protetor de pele ao redor da ostomia e a bolsa deve ser colocada firmemente para não descolar;
- As complicações mais comuns das ostomias são: prolapso do estoma, perfuração, retração do estoma, impactação fecal e irritação da pele. Pode ainda ocorrer vazamentos no local anastomosado causando dor abdominal e rigidez, elevação da temperatura e sinais e sintomas de choque, sendo necessário reparo cirúrgico urgente.

28.7 REFERÊNCIAS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Linha de cuidados da pessoa estomizada. Belo Horizonte: SES-MG, 2015.

BRASIL. Cuidados com estomias intestinais e urinárias. Orientações ao usuário. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BEZERRA, Isa Menezes, Assistência de Enfermagem ao Estomatizado Intestinal: Revisão Integrativa da Literatura, Ribeirão Preto, 2007. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Área de Concentração: Enfermagem Fundamental. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponoveis/22/22132/.../isamenezesbezerra.pdf>. Acessado em 14 de fevereiro de 2016.

BRUNNER E SUNDDARTH, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vol. 02, 8ª edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

GAMELI, Lorena Moraes Goetem e ZAGO, Márcia Maria Fontão. A Interpretação Do Cuidado Com o Ostomizado Na Visão Do Enfermeiro: Um Estudo De Caso. Rev Latino-Americana de Enfermagem, vol.10, pg-34-44, janeiro-fevereiro, 2002. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acessado em 14 de fevereiro de 2016.

MARQUES, Graciete S. et al Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem: Cuidados com o paciente portador de Ileostomia e Colostomia, POP CDC Nº53 HUPE, UFRJ, 2014. Disponível em: http://www.hupe.uerj.br/Adiministração/AD_Coorden_public. Acessado dia 14 de fevereiro, 2016.

SAMPAIO, Francisca Aline Arrais et al, Assistência de Enfermagem ao Paciente de Colostomia: Aplicação da Teoria de Oren. **Acta Paul. Enferm.** vol.21pg:94-100, São Paulo, jan. /mar. 2008. Disponível em : <http://www.scielo.br> . Acessado dia 14 de fevereiro de 2016.

28.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares na descrição do procedimento e recomendações.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Meire Cristina P. Silva de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

29 PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL - AVC

29.1 DEFINIÇÃO

Trata-se do posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular cuja extremidade atinja a veia cava superior ou inferior, independentemente do local da inserção periférica.

29.2 OBJETIVO

Proporcionar um acesso mais seguro à circulação sistêmica; permitir a administração de medicamentos que podem lesar tecidos em casos de extravasamento a partir de um acesso venoso periférico.

29.3 INDICAÇÕES

- Monitorização hemodinâmica invasiva (pressão venosa central, pressão de artéria pulmonar, débito cardíaco por termo diluição);
- Acesso vascular para a infusão de soluções cáusticas, irritantes ou hiperosmóticas;
- Terapêutica substitutiva renal de urgência (hemofiltração, hemodiálise);
- Acesso vascular de longo prazo para nutrição parenteral prolongada ou quimioterapia;
- Reposição rápida de fluidos ou sangue no trauma ou cirurgia;
- Estimulação cardíaca artificial temporária;
- Acesso venoso em pacientes com veias periféricas ruins.

29.4 CONTRAINDICAÇÕES

As contraindicações para punção venosa central são relativas e dependem da urgência de seu estabelecimento e de haver ou não outras alternativas para acesso venoso. A cateterização é geralmente evitada:

- Em locais com distorções anatômicas, marcapassos ou stent endovascular;
- Infecção ou lesão no local de inserção;
- Trombose da veia em questão;
- A coagulopatia não é uma contraindicação absoluta, mas o procedimento nestes pacientes deve ser realizado por profissionais experientes.

29.5 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS/RESPONSABILIDADES

5.1 Médicos:

- Prescrever a implantação do CVC e os medicamentos que serão utilizados durante o procedimento;
- Solicitar o kit de acesso venoso central;
- Solicitar exame radiográfico e analisar o posicionamento do cateter;
- Prescrever as soluções/medicamentos que serão infundidos pelo CVC;
- Avaliar diariamente a necessidade da manutenção de uso do CVC;
- Prescrever a remoção do CVC e, se necessário, hemocultura e coleta da ponta do cateter para análise microbiológica, caso haja suspeita de processo infeccioso sistêmico e local.

Enfermeiros:

- Prescrever os cuidados de enfermagem quanto a administração de medicamentos, curativos e troca do sistema infusional;
- Avaliar o sítio de inserção do CVC diariamente;
- Realizar coleta de amostra de sangue e administração de nutrição parenteral e de hemocomponentes pelo CVC;
- Remover o CVC, quando indicado pelo médico;
- Capacitar a equipe de enfermagem para os cuidados com a manutenção do CVC;
- Supervisionar a equipe ao cumprimento das prescrições.

Técnicos de enfermagem:

- Reunir os materiais para a implantação do CVC;
- Auxiliar o médico no procedimento de implantação do CVC;
- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro.

29.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Avental cirúrgico estéril;
- Gorro;

- Óculos de proteção;
- Máscara;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Campo cirúrgico;
- Bandeja de pequenos procedimentos;
- Kit de cateter (agulha, fio guia, dilatador e cateter intravenoso);
- Fio para fixação;
- Filme de Poliuretano (curativo transparente);
- Lâmina de bisturi;
- Anestésico local;
- Clorexidina degermante 2%;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Solução fisiológica;
- Equipo de soro;
- Gaze estéril;
- Seringa de 10 ml;
- Fita hipoalergênica (micropore®).

29.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
- Informar ao paciente o procedimento;
- Preparar o material;
- Colocar os equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Posicionar o paciente em Trendelenburg, com a face voltada para o lado oposto ao da punção;
- Realizar a antisepsia da pele e colocação de campos cirúrgicos;
- Calçar luva estéril;

- Infiltrar a pele com solução anestésica;
- Com uma agulha adaptada a uma seringa contendo solução salina fisiológica, sempre se aplicando uma leve força de aspiração, avançar, num ângulo inclinado de 30º em relação à pele, apontando-a para o mamilo isolateral;
- Uma vez tendo sido localizada a VJI, puncioná-la reduzindo o ângulo de inclinação da agulha em relação à pele para mantê-la mais alinhada com a veia;
- Desconectar a seringa e observar se não há fluxo sanguíneo pulsátil pela agulha;
- Manter o orifício externo da agulha ocluído com o dedo para evitar o risco potencial de embolia aérea;
- Inserir o fio-guia suavemente para dentro do vaso;
- Retirar a agulha;
- Com o fio-guia em posição, fazer uma pequena incisão com uma lâmina de bisturi, junto à sua entrada na pele;
- Vestir o fio-guia com o dilatador e empurrar o conjunto todo para dentro da veia;
- Em seguida, remover o dilatador, mantendo o fio-guia em posição;
- Comprimir o orifício de entrada na pele para evitar sangramentos desnecessários;
- Vestir o fio-guia com o cateter e introduzir o conjunto todo para dentro do vaso;
- Retirar o fio-guia;
- Realizar o teste do refluxo de sangue através dos lúmens do cateter;
- Fixar o cateter na pele;
- Aplicar o curativo apropriado;
- Desprezar o material utilizado em local adequado, e deixar o ambiente em ordem;
- Retirar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Identificar o acesso com data, e assinatura;
- Repor o Kit de Acesso Venoso Central conforme Anexo 1.

29.8 REGISTRO

- Todos os procedimentos realizados devem ser devidamente registrados em prontuário.

- O registro deve conter data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento;
- Deve conter: a descrição da justificativa pela realização do procedimento e o aspecto da área da punção;
- Deve ser claro e conciso.

29.9 OBSERVAÇÕES

- A escolha da técnica a ser utilizada e do vaso a ser puncionado devem basear-se na condição clínica do paciente, experiência do executor e indicação para a inserção. Os sítios preferenciais são: veia jugular interna (VJI); veia subclávia (VSC) e veia femoral (VF);
- A abordagem da veia subclávia geralmente é evitada em pacientes heparinizados ou coagulopatas, porque o sangramento pode passar despercebido e não é possível tratar com compressão direta;
- A abordagem da subclávia também é evitada em pacientes com doença unilateral ou bilateral pulmonar grave, que pode ser descompensada na sequência de um pneumotórax iatrogênico;
- A ponta distal do cateter das veias jugular e subclávia deverá estar na parte inferior da veia cava superior, enquanto que os cateteres femorais devem ser posicionados de modo a ponta do cateter encontrar-se dentro da veia cava inferior torácica;
- É aconselhado realizar uma radiografia para confirmar a localização da ponta do cateter e avaliação de um possível pneumotórax após a colocação do cateter via jugular interna e subclávia.

29.10 PONTOS CRÍTICOS

- O evento adverso mais comum é a infecção relacionada ao cateter;
- Quando solicitado a cultura da ponta do cateter, cortar, aproximadamente, 5 centímetros da sua ponta distal, após a sua retirada, utilizando técnica asséptica. Acondicioná-la em tubo seco e esterilizado, sem dobrá-la, e encaminhar ao laboratório, imediatamente.

29.11 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v. 15, n. 2, 2003.

CAMPOLINO, A. H.; LIMA, A. C. M. **Procedimento operacional Padrão: Inserção de cateter central de inserção periférica (PICC)**. Ipsemg. 2013.

CARLOTTI, A. P. C. P. Acesso vascular. **Medicina**. v. 45, n. 2, 2012.

SCHWAN, B. L; AZEVEDO, E.G; COSTA, L.B. **Acesso venoso central**. Revista: Acta méd. Porto Alegre, 2012.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, HC-UFTM/EBSERH. **Protocolo/ Acesso venoso central por cateteres de curta permanência**. Uberaba, 2017.

29.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 5(Profissionais envolvidos/responsabilidades), 4 (Contraindicações) e 9 (Observações). Inserção do item 10 (Pontos críticos).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lidiane Alves de Sousa e Silva

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Data: ____/____/____

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

30 RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

30.1 DEFINIÇÃO

O acesso venoso central é obtido pela inserção de um dispositivo intravascular em veias profundas (subclávia, jugular, femoral) com finalidade terapêutica. O estabelecimento de critérios de indicação e de diretrizes para a implantação, a manutenção e a remoção do cateter venoso central (CVC) são importantes para prevenir eventos adversos à saúde do paciente, dentre os quais, destaca-se as infecções de corrente sanguínea.

30.2 OBJETIVO

- ✓ Retirar o cateter com técnica asséptica de forma segura;
- ✓ Prevenir complicações por infecção ou tempo de inserção.

30.3 ABRANGÊNCIA

- ✓ Todos os setores assistenciais do HU/UNIVASF

30.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- ✓ Médicos e Enfermeiros.

30.5 MATERIAS

- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ Esparadrapo, micropore ou fita transparente;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Óculos de proteção;
- ✓ Gazes estéreis;
- ✓ Solução alcoólicas a 70 % ou clorexidina;
- ✓ Lâmina de bisturi;
- ✓ Mascara descartável;
- ✓ Pinça anatômica;

30.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- ✓ Agrupar o material necessário próximo do paciente;
- ✓ Apresentar-se e explicar para os pacientes e/ou acompanhantes o procedimento que vai ser realizado;
- ✓ Verificar com pulseira de identificação do paciente;
- ✓ Respeitar privacidade do paciente;
- ✓ Colocar o paciente em posição supina ou decúbito dorsal (para evitar embolia) com a cabeça voltada para o lado contrário da inserção do cateter;
- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Colocar luvas de procedimentos;
- ✓ Colocar máscara descartável;
- ✓ Colocar óculos de proteção;
- ✓ Colocar avental de manga longa;
- ✓ Descartar o curativo antigo, removendo com auxílio de gaze embebida em álcool 70%;
- ✓ Fechar toda a infusões e preparar um campo estéril usando cobertura esterilizada;
- ✓ Trocar as luvas de procedimento por outras esterilizadas;
- ✓ Limpar o local com álcool 70% ou algodão embebido em clorexidina examinar o local na busca de sinais de drenagem ou inflamação (sinais flogísticos);
- ✓ Cortar as suturas, com auxílio de lâmina de bisturi ou pinça;
- ✓ Remover o cateter com movimento lento e regular;
- ✓ Pedir ao paciente para fazer a manobra de Valsalva, enquanto o cateter estiver sendo retirado para prevenir embolia aérea;
- ✓ Aplicar a pressão com gaze esterilizada logo após retirar o cateter no orifício da inserção;
- ✓ Aplicar clorexidina no local com gaze seguido de compressão e sobre ela o curativo transparente semipermeável;
- ✓ Etiquetar o curativo, colocando data e hora da remoção, com suas iniciais;
- ✓ Avaliar a cada 24 horas até que ocorra a epitelização;

- ✓ Deixar o paciente confortável;
- ✓ Orientar que deverei informa intercorrência para equipe de enfermagem;
- ✓ Desprezar o material em local próprio mantendo o ambiente em ordem;
- ✓ Retirar luvas estéril;
- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Realizar as anotações no prontuário do paciente.

30.7 OBSERVAÇÕES

- ✓ Examinar a ponta do cateter e medir seu comprimento para garantir que foi totalmente retirado. Diante da suspeita da não remoção completa, avisar o médico imediatamente, e sobretudo, monitorar o paciente quanto a sinais de sofrimento.
- ✓ Manobra de valsava é a inspiração profunda segurando o ar por 10 segundo e seguidamente soltando o ar, respirando rapidamente. Contraindicado a paciente com pressão intracraniana, desorientado ou inconsciente.

30.8 REGISTRO

- ✓ Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

30.9 CONDUTAS FRENTE A SUSPEITA DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CVC

- ✓ Colher duas ou mais amostras de sangue para hemocultura. Pelo menos, uma amostra pelo cateter central, e a outra, em acesso venoso periférico. Seguir prescrição médica.
- ✓ Quando solicitado a cultura da ponta do cateter, cortar, aproximadamente, 5 centímetros da sua ponta distal, após a sua retirada, utilizando técnica asséptica. Acondicioná-la em tubo seco e esterilizado, sem dobrá-la, e encaminhar ao laboratório, imediatamente.

30.10 REFERÊNCIAS

POTTER, Patrícia. PERRY, Anne. Fundamentos de enfermagem.7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RODRIGUES, Andrea Bezerra.; Et al. Guia da Enfermagem - Fundamentos Para Assistência são Paulo: látria 2008.

ANCHER, Elizabeth.; et al. Revisão técnica marlea C.M. e Sônia R de Souza. Procedimento e protocolo volume 1. Rio de janeiro: Guanabara koongar,2005.

BARROS, alba lúcia bottura leite de.; Et al.;(organizadores); procedimento de enfermagem para pratica clínica. Porto alegre: Artmed 2019.

30.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	10/11/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Ianni Emmanuela Santana de Almeida
Laiany Nayara Barros Gonçalves
Maria Virgínia Pires Miranda
Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem) Data: ____/____/____

31 PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

31.1 DEFINIÇÃO

É um procedimento invasivo que visa a administração de fluidos, administração de medicações, hemocomponentes, Coleta de Exames Laboratoriais, além da manutenção de um acesso venoso.

31.2 OBJETIVO

- Garantir administração efetiva de medicação endovenosa e livre de iatrogenias;

- Coletar sangue.

31.3 CONTRAINDICAÇÕES

- Está contraindicado realizar punções:
- Em locais que apresente lesões de pele, flebite e edema;
- Membros com déficit motor e/ou sensitivo ou com fístula arteriovenosa;
- Membro superior homólogo à mastectomia com ressecção de linfonodos;
- Em casos de distúrbios graves de coagulação.

31.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

31.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de Procedimento;
- Cateter intravenoso periférico (jelco ou scalp);
- Multivias (no caso da utilização de jelco);
- Antisséptico;
- Bolas de Algodão;
- Garrote;
- Fixador estéril para cateter periférico.

31.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir material na bandeja;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Inserir na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;
- Levar a bandeja para o leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Selecionar o local de acesso mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;

- Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
- Para melhor visualização da rede venosa, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposto (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
- Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;
- Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina > 0,5%, iodopo-vidona – PVP-I alcoólico 10% ou álcool 70%;
- Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
- Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
- Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
- Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
- Soltar o garrote;
- Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha-guia/mandril;
- Após a retirada total da agulha-guia, conectar o equipo previamente preparado;
- Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
- Retirar o material utilizado e desprezar o Perfurocortantes em local adequado;
- Identificar o acesso venoso periférico (data, nome de quem realizou a punção e calibre do dispositivo);
- Observar alguma alteração ao administrar a medicação, caso seja identificado interromper a administração e comunicar ao Enfermeiro do Setor ou Médico responsável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação corretamente e checar medicação realizada.

31.7 OBSERVAÇÕES

- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites;
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total;

- Atentar para sinais flogísticos, flebite, infiltração subcutânea, notificando os eventos em impressos disponibilizados pela Segurança do Paciente e Registrar em Prontuário.
- Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;
- É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres.
- Rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microrganismos patogênicos;
- Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h;
- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações.

31.8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 –Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017.

CARMAGNANI, M.I.; FAKIH, F.T.; CANTERAS, L.M.S.; LABBADIA, L.L.; TANAKA, L.H. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Guanabarra Koogan: Rio de Janeiro, 2009. p. 149-152.

CRUZ, F. **Cateteres periféricos: novas recomendações da ANVISA garantem segurança na assistência. 13 de março de 2019**. Biblioteca virtual de enfermagem. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/cateteres-periféricos-novas-recomendacoes-anvisa-garantem-seguranca-assistencia/>. Acesso em 15/07/2020.

ROCHA, F.C.V. e cols. **Procedimento operacional padrão enfermagem**. Hospital Getúlio Vargas. 2012. Disponível em: <http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf> Acesso em: 24 mar 2015.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: HU GAFFRÉE GUINLE-EBSERH. **Punção venosa periférica**. 2016.

31.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 02 (Objetivos), 05(Material necessário) e 06 (Descrição do procedimento) e 07(Observações).Inserção do item 03 (Contraindicações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Isabele Gouveia Muniz de Alencar

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

32 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PREPARO E ENCAMINHAMENTO DO CORPO APÓS A MORTE

32.1 DEFINIÇÃO

Realizar o preparo de corpo do paciente, após o óbito, de maneira segura, e respeitosa.

32.2 OBJETIVO

Manter o corpo limpo e identificado; evitar perda de secreções e excreções; posicionar o corpo adequadamente antes de ocorrer a rigidez cadavérica.

32.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

32.4 MATERIAL NECESSÁRIO

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Gorro;
- Avental;
- Algodão;
- Pacotes de gazes;
- Kit de curativo (pinças);
- Ataduras;
- 02 lençóis;
- Saco Plástico para cadáver
- Compressas;
- Jarra com água e bacia;
- 02 Fitas/ Etiquetas de Identificação
- Biombo S/N

32.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento a família do paciente;
- Providenciar privacidade para o corpo;
- Calçar as luvas de procedimento e se paramentar; alinhar o corpo em decúbito dorsal, fechar os olhos pressionando gradualmente as pálpebras quando houver necessidade;
- Desligar e retirar aparelhagem como: oxímetro de pulso, monitorização cardíaca, ventilador mecânico;
- Retirar todos os dispositivos como: sondas, soros, cateteres, drenos e demais dispositivos;
- Iniciar o tamponamento do corpo (com o auxílio das pinças, introduzir bolas de algodão nos orifícios nasais, ouvido, boca e ânus), exceto para os corpos que vão para o IML;
- Realizar curativos quando houver necessidade;
- Limpar o corpo com compressas embebidas em água e sabão, proceder enxague e secar;
- Recolocar próteses dentárias se houver;
- Usar atadura de crepe para fixação de mandíbula, unir e prender mãos e pés;
- Colocar a 1ª etiqueta de identificação no corpo; (nome completo, número do prontuário, número do leito, clínica, nome da instituição, data, horário do óbito e a assinatura de quem preparou o corpo);
- Cobrir o corpo com lençol e transferi-lo para maca sem colchão ou colocar o corpo em saco de cadáver se a unidade dispor;
- Prender a 2ª etiqueta de identificação no lençol/saco de cadáver;
- Encaminhar o corpo ao setor responsável da instituição;
- Encaminhar o material reutilizável ao expurgo e deixar o ambiente em ordem;
- Retirar as luvas de procedimentos e proceder a higienização das mãos de acordo com o protocolo CCIRAS;
- Notificar o setor de limpeza para que a unidade seja submetida a devida desinfecção terminal;
- Realizar as devidas anotações no prontuário;
- Recolher os pertences, protocolar e entregar aos familiares, juntamente com a declaração de óbito;
- Notificar o óbito aos setores competentes da instituição;
- Proceder às anotações de enfermagem, constando: data e horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, descrição dos cuidados realizados; horário da transferência ao Serviço de Patologia/Necropsia, identificação da pessoa que recebeu os pertences, intercorrências e outros achados importantes.

32.6 OBERVAÇÕES

- Evitar erros na identificação do corpo e horário do óbito;
- Evitar comentários desnecessários e manter atitude de respeito durante o cuidado com o corpo;
- Respeitar as crenças dos familiares ao preparar o corpo;
- Promover barreira física, assegurando proteção ao profissional que realiza o procedimento;
- Respeitar a privacidade;
- Manter o contorno natural do rosto;
- Guardar os pertences para entregar aos familiares ou responsável;
- Eliminar os equipamentos desnecessários;
- Evitar ocorrência de vazamento de fluidos corporais, devido risco de exsudação/sangramento;
- Manter organização do ambiente;
- Reduzir transmissão de microrganismos;
- Documentar o cuidado.

32.7 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

- No caso dos corpos de pacientes na qual a morte tenha sido causada por doenças contagiosas, cuidados especiais devem ser feitos, de acordo com a orientação da CCIRAS;
- Para que os corpos se tornem disponíveis para finalidades médicas ou para pesquisa, deve-se requerer autorização legal dos familiares mais próximos ou de autoridade legalmente constituída.
- Caso o médico peça necropsia, o corpo não deve ser tamponado, deve-se fazer apenas a higiene total.

32.8 REFERÊNCIAS

SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. Procedimentos básicos. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

POTTER, P.A; PERRY, A.G: Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012; Brasília, DF, Manual de Procedimentos de Enfermagem, 2012.

Procedimento Operacional Padrão-UFTM. Cuidados com o corpo após o óbito. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+cuidados+com+o+corpo+ap%2B%C2%A6s+%2B%C2%A6bito-68wCSD39.pdf/9cf30f7e-38fb-4702-acc1-eb7aa89aa94b>. Acesso em 15/07/2020.

COFEN. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova e reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalfcofen.gov.br/node/4394>.

32.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª Versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 05 (Descrição da técnica) e 06(Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Danielle Coutinho de Sousa Lins Machado

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

33. COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL

33.1 DEFINIÇÃO

Selecionar e colocar o colar cervical conforme tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

33.2 OBJETIVOS

- Proteger a coluna cervical de compressão;
- Dar uma maior segurança durante o transporte fazendo com que lesão na coluna não afete a medula durante a movimentação com o paciente;
- Evitar o agravamento de possíveis lesões.

33.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos.

33.4 MATERIAL NECESSÁRIO

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

33.5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois profissionais, sendo pelo menos um deles capacitado para uso do referido dispositivo.

Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente, solicitar que não mova a cabeça e o pescoço.

Primeiro profissional:

- Fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra;
- Utilizar ambas as mãos, colocando do 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporo mandibular;
- Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés.

Segundo profissional:

- Retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;
- Medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;
- Utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;
- Colocar o colar de tamanho apropriado, mantem a estabilização neutra alinhada da cabeça.
- Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar.
- Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário.
- Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto, em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima.
- O profissional deve permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

33.6 RECOMENDAÇÕES

- Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;
- Colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

33.7 BIBLIOGRAFIA

PHTLS/NAEMT. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. Tradução Renata Acavone ET AL. – 7ed. – Rio de Janeiro/RJ. Elsevier, 2011.

Mantovani, Mario. **SUPORTE BASICO E AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA**. Atheneu, São Paulo, 2005.

33.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	04/11/2020	

Validação Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)	
Elaboração/Revisão Maria Virgínia Pires Miranda Ianni Emmanuela Santana de Almeida Laiany Naiara Barros Gonçalves Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim	
Análise Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)	
Aprovação Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)	

34. INSERÇÃO DE CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL)

34.1 DEFINIÇÃO

É um dispositivo destinado para manter pérvia a via aérea superior em pacientes inconscientes ou com rebaixamento do nível de consciência. A cânula evita que a base da língua do paciente com depressão do sensório obstrua a orofaringe e, conseqüentemente permite uma melhor oxigenação.

34.2 OBJETIVO

Manter vias aéreas pérvias.

34.3 ABRANGÊNCIA

Todos pacientes inconscientes ou com rebaixamento do nível de consciência internados no Hospital Universitário do Vale do São Francisco, que o médico prescreva a necessidade do uso da cânula de Guedel.

34.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Equipe médica, residentes e equipe de enfermagem.

34.5 MECANISMO DE AÇÃO

A inserção da cânula orofaríngea tem como função principal manter a língua distante da parede posterior da faringe e proteger o tubo endotraqueal da compressão dos dentes. Deve ser instalada para manter a língua em posição que não comprometa a passagem de ar em vítima com nível de consciência rebaixado.

34.6 MATERIAL NECESSÁRIO

Bandeja, cânula orofaríngea (uma de cada tamanho), luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e gazes.

34.7 INDICAÇÃO

É indicada em pacientes incapazes de manter vias aéreas pérvias e em caso que haja necessidade de aspiração frequente. A cânula de orofaríngea ajuda na manutenção das vias aéreas pérvias, podendo ser usada até mesmo simultaneamente com a intubação, com a função de proteger o tubo endotraqueal da pressão dos dentes, bem como a cavidade oral do paciente, viabiliza ainda a ventilação com Ambú.

A inserção da Cânula Guedel é um procedimento simples e muito importante no atendimento à vítima de trauma. A seleção do tamanho adequado da cânula para a vítima deve ser estimada pela distância entre a rima labial e o lobo da orelha ou o ângulo da mandíbula e só deve ser colocada em pacientes inconscientes ou que não apresentem reflexo de vômito ou tosse.

34.8 CONTRAINDICAÇÃO

A instalação desse dispositivo está contraindicada nas vítimas conscientes, pois pode induzir a engasgo, vômitos e aspiração de líquidos gástricos.

34.9 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ao colocar a cânula de Guedel a equipe de Enfermagem deve observar também os seguintes cuidados: manter a cabeça e o pescoço do paciente alinhados em posição neutra; abrir as vias aéreas com a manobra de tração de mandíbula no trauma e; em seguida, determinar apropriadamente o tamanho ideal da cânula.

Passos para inserção:

- O profissional deve higienizar as mãos;
- Separar o material necessário;
- Calçar as luvas de procedimento, os óculos de proteção e máscara cirúrgica;
- Escolha a cânula correta para o paciente; O parâmetro é o tamanho da rima labial até o lóbulo da orelha.
- Fazer a abertura de vias aéreas; Manobra de elevação do mento em casos clínicos e Jaw thrust para trauma.
- Insira a cânula orofaríngea: - Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para cima no sentido do céu da boca até que passe pela úvula; girar a extremidade em 180º de forma que aponte para baixo; Importante- Em Crianças (até 4 anos): - Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para baixo.
- Checar se a cânula encontra-se no local correto; o enfermeiro verificar saturação do paciente (oxímetro de pulso), a expansibilidade torácica e ausculta do tórax (estetoscópio).
- Retire as luvas de procedimentos e máscara cirúrgica;
- Desprezar o material em local próprio, conforme normas da CCIRAS.
- Higienizar as mãos.
- Realizar anotação do procedimento no prontuário do paciente.
-

34.10 OBSERVAÇÕES

- Determinar o tamanho adequado da Cânula de Guedel a ser utilizada, colocando a cânula sobre o lado externo da face, de modo que a frente fique paralela aos dentes frontais, e verifique se a parte de trás da cânula alcança o ângulo da mandíbula; Abra a boca do paciente usando um dedo enluvado ou um abaixador de língua; Segure a cânula de modo que a extremidade curva aponte para cima, na direção do céu da boca e insira-a até a metade, evitando empurrar a língua para a faringe durante a inserção; Gire a cânula sobre a parte superior da língua e continue a inserção até que a borda da frente encontre os lábios.

- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasma e vômitos; se ocorrer reflexo de tosse ou vômito suspenda o procedimento; observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apnéia e bradicardia; A inserção da cânula orofaríngea é provisória, não substitui vias aéreas definitivas.
- As principais complicações associadas ao seu uso são: lesão na cavidade oral, broncoaspiração, náusea, vômitos ou hemorragia, que podem ser desencadeados por uso de técnica inadequada na sua colocação ou quadros de inconsciência parcial. Mas suas vantagens vão desde a recuperação imediata da função respiratória até a prevenção de complicações neurológicas, além de ser de fácil colocação.

34.11 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário por toda a equipe de saúde.

34.12 REFERÊNCIAS

ACLS. Emergências em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ATLS. Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos - ATLS. Manual do Curso para Alunos, 2007-7ª Edição. Colégio Americano de Cirurgiões - Comitê de Trauma.

BACELAR, S. et al. Expressões Médicas: falhas e acertos. Faculdade de Medicina – Hospital Universitário de Brasília – Centro de Pediatria Cirúrgica. 2010. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/linguagemmedica.pdf>>.

BRASIL. Lei Nº. 7498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Legislação do Exercício Profissional de

Enfermagem, 1986. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junhode-1986_4161.html>.

BRUNNER E SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico cirúrgico. Rio de Janeiro Ed. Guanabara Koogan, 12ª. edição, vol.2 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed, 2016.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

34.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	09/11/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Maria Virginia Pires Miranda

Ianni Emmanuela Santana de Almeida

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Laiany Nayara Barros Goncalves

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

35. CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM USO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA (DVE)

35.1 DEFINIÇÃO

A derivação ventricular externa (DVE) é um sistema fechado de drenagem, no qual um dispositivo é inserido cirurgicamente através de um orifício do crânio, cuja extremidade se mantém posicionada no interior de um dos ventrículos cerebrais. É usado em procedimento neurocirúrgico para drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR) e monitoramento da pressão intracraniana (PIC). Constitui-se, portanto, uma ferramenta tanto diagnóstica quanto terapêutica, considerada padrão-ouro para pacientes neurológicos graves que necessitam de cuidados intensivos após um TCE.

A DVE é necessária no tratamento de pacientes com distúrbios da circulação liquórica, pois a maioria desses pacientes tem hemorragia subaracnóide ou intraparenquimatosa. Também representa suporte no tratamento da hidrocefalia e em patologias como traumatismo cranioencefálico (TCE) e processos tumorais. Alguns pacientes têm lesões expansivas agudas requerendo DVE prévia ao tratamento definitivo.

35.2 INDICAÇÃO

- Drenagem e controle do líquido cefalorraquidiano (LCR) em pacientes com complicações ventriculares;
- Monitoramento da pressão intracraniana (PIC);
- Suporte no tratamento da hidrocefalia, associada a diferentes patologias como traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia subaracnóidea (HSA), processos tumorais expansivos ou infecciosos, dentre outros.

35.3 OBJETIVOS

- Identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem para o atendimento do paciente submetido à colocação de DVE, padronizando:
- Cuidados com o curativo;
- Técnica para esvaziamento da bolsa coletora;
- Cuidados gerais.

35.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores com pacientes em uso de uma derivação ventricular externa (DVE).

35.5 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e técnicos de Enfermagem.

35.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Cuidados com o curativo

- O curativo será feito a cada 48-72 horas;
- Realizar o curativo com técnica asséptica, com uso de gorro, máscara cirúrgica comum, avental, campos e luvas estéreis;
- Observar sinais de infecção diariamente no local da inserção do cateter e anotar no prontuário;
- Observar e anotar presença de vazamento de líquido pela inserção;
- Manter o curativo ocluído até a retirada do cateter;
- Datar as trocas de curativo no próprio curativo;
- Não molhar o curativo durante a higienização do couro cabeludo.

MATERIAL

- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 par de luvas estéreis
- 1 pacote de gazes estéreis
- Clorexidina alcoólica 0,5%
- Fita adesiva
- Soro Fisiológico (SF) 0,9
- Faixa crepe
- 1 Gorro Cirúrgico
- 1 Máscara Cirúrgica Comum
- 1 Pacote de campos esterilizados
- 1 Avental esterilizado

TÉCNICA

- Reunir o material necessário em badeja ou mesa auxiliar;
- Vestir gorro cirúrgico e máscara cirúrgica comum;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel;
- Calçar luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Retirar o curativo anterior;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente;
- Vestir avental;
- Calçar luvas estéreis;
- Proceder a limpeza da incisão com SF 0,9% para remoção de sujidade, do centro para a periferia do cateter;
- Após a limpeza com SF, realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter;
- Ocluir o curativo com gaze e fita adesiva;
- Realizar enfaixamento, mantendo as orelhas livres;
- Fixar o enfaixamento com fita adesiva;
- Retirar os campos;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Datar o curativo no próprio curativo;
- Registrar no prontuário.

35.7 Cuidados ao esvaziar a bolsa coletora de líquido

Esvaziar a cada 12h ou quando atingir um volume $\geq 200\text{ml}$.

MATERIAL

- 01 par de luvas de procedimentos
- 01 pacote de gazes estéreis
- 01 cuba estéril
- Álcool a 70%

TÉCNICA

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel;
- Utilizar luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Fechar o clamp do circuito proximal à cabeça do paciente, para interromper a drenagem;
- Desinfetar a tampa terminal da bolsa coletora com gaze estéril e álcool 70%, procedendo a fricção por três vezes;
- Abri-la para o esvaziamento, desprezando o volume na cuba rim;
- Não encostar o tubo (dispositivo) de drenagem no recipiente;
- Desinfetar a tampa terminal da bolsa coletora com gaze estéril e álcool 70% e fechá-la;
- Desprezar o conteúdo desprezando o volume na cuba rim;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Desclampear o sistema distal;
- Anotar o aspecto e o volume do líquido;
- Comunicar alterações.
- OBSERVAÇÃO: Quando a bolsa coletora não apresentar dispositivo de drenagem com abertura, puncionar o dispositivo ("hub") da bolsa com seringa e agulha estéril.

Cuidados gerais

- O sistema da DVE deve ficar fixado em um suporte EXCLUSIVO;

- Manter o sistema sempre nivelado para que o conduto auditivo externo do paciente corresponda a uma altura de 12 a 15 cm de H₂O na coluna de medida da Pressão Intracraniana (PIC);
- Manter a cabeceira do leito sempre elevada entre 30° e 45°.
- Não deixar de mudar o paciente de decúbito devido ao uso do cateter de DVE;
- Fechar o cateter do DVE durante o transporte ou quando abaixar a cabeceira a zero grau, evitando o risco de drenagem excessiva do líquor;
- Nunca esquecer de abrir depois de procedimento;
- Em caso de mudança inadvertida da altura da cabeça do paciente: reestabelecer a posição prévia do paciente, fechar o clamp do circuito proximal à cabeça do paciente para interromper a drenagem de líquor e chamar o médico de plantão, pois o paciente pode apresentar tonteira, crise convulsiva ou outros sinais de alteração da PIC;
- NÃO há necessidade de medir a PIC no paciente com DVE, pois o limite da PIC já está estabelecido;
- Não solicitar ajuda ao paciente para reposicioná-lo no leito, pois aumentará a pressão intracraniana (PIC);
- Evitar flexão do quadril, pois pode aumentar a PIC;
- Manipular o sistema de drenagem o mínimo possível;
- Não desconectar, dobrar ou tracionar o sistema durante a mudança de decúbito, banho e transporte do paciente, a fim de evitar mau funcionamento ou quebra do sistema;
- Notificar qualquer alteração, desconexão ou mau funcionamento do dreno para o médico responsável;
- Nunca realizar tentativa de desobstrução do sistema;
- Em caso de coleta de material para análise laboratorial, fazer a coleta da amostra de LCR no horário do esvaziamento da bolsa coletora, evitando a necessidade de uma nova manipulação do sistema.
- Checar o sistema a cada 6 horas: O cateter da DVE está devidamente fixado na cabeça do paciente? O sistema está corretamente aberto para permitir a drenagem do líquor?
- Em caso de não haver drenagem de LCR, apesar do sistema estar corretamente montado: o ventrículo pode estar colapsado ou o cateter mal posicionado informar o médico plantonista, pois se trata de uma urgência;
- contactar a NC em seguida.
- Realizar tomografia de crânio em casos de mau funcionamento do sistema.

35.8 OBSERVAÇÕES

Desvantagens do uso desse cateter:

- Riscos potencialmente fatais de ventriculite, meningite ou ambos.
- Elevado risco de hemorragia recorrente, especialmente em pacientes com hemorragia subaracnóide e hidrocefalia aguda.

35.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário e assinada pelo responsável.

35.10 REFERÊNCIAS

SAKAMOTO, V. T. M.; Derivação Ventricular Externa: desenvolvimento de protocolo assistencial de enfermagem direcionado ao paciente adulto. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2018.

CAMACHO, E. F. Avaliação do impacto da implantação de rotina de cuidados com cateter de drenagem ventricular externa em uma unidade de terapia intensiva neurológica. São Paulo, 2011.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF. Controle de Infecção Hospitalar. Cuidados ao Paciente com Cateter Implantado no Sistema Nervoso Central para Derivação Ventricular Externa em Unidade de Terapia Intensiva. CCIH – Serviço de Neurocirurgia. 2019.

35.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	18/09/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sara Miranda Tavares

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Hiandra Isabela da Silva Nogueira (Acadêmica de enfermagem)

Maria Virgínia Pires Miranda

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Ianni Emmanuela Santana de Almeida

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

36. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONEAL (DVP)

36.1 DEFINIÇÃO

A derivação ventricular externa (DVE) é um sistema fechado de drenagem, no qual um dispositivo é inserido cirurgicamente através de um orifício do crânio, cuja extremidade se mantém

posicionada no interior de um dos ventrículos cerebrais. É usado em procedimento neurocirúrgico para drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR) e monitoramento da pressão intracraniana (PIC). Constitui-se, portanto, uma ferramenta tanto diagnóstica quanto terapêutica, considerada padrão-ouro para pacientes neurológicos graves que necessitam de cuidados intensivos após um TCE.

A DVE é necessária no tratamento de pacientes com distúrbios da circulação liquórica, pois a maioria desses pacientes tem hemorragia subaracnóide ou intraparenquimatosa. Também representa suporte no tratamento da hidrocefalia e em patologias como traumatismo cranioencefálico (TCE) e processos tumorais. Alguns pacientes têm lesões expansivas agudas requerendo DVE prévia ao tratamento definitivo.

36.2 INDICAÇÃO

- Drenagem e controle do líquido cefalorraquidiano (LCR) em pacientes com complicações ventriculares;
- Monitoramento da pressão intracraniana (PIC);
- Suporte no tratamento da hidrocefalia, associada a diferentes patologias como traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia subaracnóidea (HSA), processos tumorais expansivos ou infecciosos, dentre outros.

36.3 OBJETIVOS

- Identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem para o atendimento do paciente submetido à colocação de DVE, padronizando:
- Cuidados com o curativo;
- Técnica para esvaziamento da bolsa coletora;
- Cuidados gerais.

36.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores com pacientes em uso de uma derivação ventricular externa (DVE).

36.5 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e técnicos de Enfermagem.

36.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Cuidados com o curativo

- O curativo será feito a cada 48-72 horas;
- Realizar o curativo com técnica asséptica, com uso de gorro, máscara cirúrgica comum, avental, campos e luvas estéreis;
- Observar sinais de infecção diariamente no local da inserção do cateter e anotar no prontuário;
- Observar e anotar presença de vazamento de líquido pela inserção;
- Manter o curativo ocluído até a retirada do cateter;
- Datar as trocas de curativo no próprio curativo;
- Não molhar o curativo durante a higienização do couro cabeludo.

MATERIAL

- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 par de luvas estéreis
- 1 pacote de gazes estéreis
- Clorexidina alcoólica 0,5%
- Fita adesiva
- Soro Fisiológico (SF) 0,9
- Faixa crepe
- 1 Gorro Cirúrgico
- 1 Máscara Cirúrgica Comum
- 1 Pacote de campos esterilizados
- 1 Avental esterilizado

TÉCNICA

- Reunir o material necessário em badeja ou mesa auxiliar;
- Vestir gorro cirúrgico e máscara cirúrgica comum;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel;
- Calçar luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Retirar o curativo anterior;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente;

- Vestir avental;
- Calçar luvas estéreis;
- Proceder a limpeza da incisão com SF 0,9% para remoção de sujidade, do centro para a periferia do cateter;
- Após a limpeza com SF, realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter;
- Ocluir o curativo com gaze e fita adesiva;
- Realizar enfaixamento, mantendo as orelhas livres;
- Fixar o enfaixamento com fita adesiva;
- Retirar os campos;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Datar o curativo no próprio curativo;
- Registrar no prontuário.

Cuidados ao esvaziar a bolsa coletora de líquido

Esvaziar a cada 12h ou quando atingir um volume $\geq 200\text{ml}$.

MATERIAL

- 01 par de luvas de procedimentos
- 01 pacote de gazes estéreis
- 01 cuba estéril
- Álcool a 70%

TÉCNICA

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel;
- Utilizar luvas de procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Fechar o clamp do circuito proximal à cabeça do paciente, para interromper a drenagem;
- Desinfetar a tampa terminal da bolsa coletora com gaze estéril e álcool 70%, procedendo a fricção por três vezes;
- Abri-la para o esvaziamento, desprezando o volume na cuba rim;

- Não encostar o tubo (dispositivo) de drenagem no recipiente;
- Desinfetar a tampa terminal da bolsa coletora com gaze estéril e álcool 70% e fechá-la;
- Desprezar o conteúdo desprezando o volume na cuba rim;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Desclampear o sistema distal;
- Anotar o aspecto e o volume do líquido;
- Comunicar alterações.
- OBSERVAÇÃO: Quando a bolsa coletora não apresentar dispositivo de drenagem com abertura, puncionar o dispositivo ("hub") da bolsa com seringa e agulha estéril.

36.7 CUIDADOS GERAIS

- O sistema da DVE deve ficar fixado em um suporte EXCLUSIVO;
- Manter o sistema sempre nivelado para que o conduto auditivo externo do paciente corresponda a uma altura de 12 a 15 cm de H₂O na coluna de medida da Pressão Intracraniana (PIC);
- Manter a cabeceira do leito sempre elevada entre 30° e 45°.
- Não deixar de mudar o paciente de decúbito devido ao uso do cateter de DVE;
- Fechar o cateter do DVE durante o transporte ou quando abaixar a cabeceira a zero grau, evitando o risco de drenagem excessiva do líquido;
- Nunca esquecer de abrir depois de procedimento;
- Em caso de mudança inadvertida da altura da cabeça do paciente: reestabelecer a posição prévia do paciente, fechar o clamp do circuito proximal à cabeça do paciente para interromper a drenagem de líquido e chamar o médico de plantão, pois o paciente pode apresentar tonteira, crise convulsiva ou outros sinais de alteração da PIC;
- NÃO há necessidade de medir a PIC no paciente com DVE, pois o limite da PIC já está estabelecido;
- Não solicitar ajuda ao paciente para reposicioná-lo no leito, pois aumentará a pressão intracraniana (PIC);
- Evitar flexão do quadril, pois pode aumentar a PIC;
- Manipular o sistema de drenagem o mínimo possível;
- Não desconectar, dobrar ou tracionar o sistema durante a mudança de decúbito, banho e transporte do paciente, a fim de evitar mau funcionamento ou quebra do sistema;
- Notificar qualquer alteração, desconexão ou mau funcionamento do dreno para o médico responsável;

- Nunca realizar tentativa de desobstrução do sistema;
- Em caso de coleta de material para análise laboratorial, fazer a coleta da amostra de LCR no horário do esvaziamento da bolsa coletora, evitando a necessidade de uma nova manipulação do sistema.
- Checar o sistema a cada 6 horas: O cateter da DVE está devidamente fixado na cabeça do paciente? O sistema está corretamente aberto para permitir a drenagem do líquido?
- Em caso de não haver drenagem de LCR, apesar do sistema estar corretamente montado: o ventrículo pode estar colapsado ou o cateter mal posicionado informar o médico plantonista, pois se trata de uma urgência;
- contactar a NC em seguida.
- Realizar tomografia de crânio em casos de mau funcionamento do sistema.

36.8 OBSERVAÇÕES

Desvantagens do uso desse cateter:

- Riscos potencialmente fatais de ventriculite, meningite ou ambos.
- Elevado risco de hemorragia recorrente, especialmente em pacientes com hemorragia subaracnóide e hidrocefalia aguda.

36.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário e assinada pelo responsável.

36.10 REFERÊNCIAS

SAKAMOTO, V. T. M.; Derivação Ventricular Externa: desenvolvimento de protocolo assistencial de enfermagem direcionado ao paciente adulto. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2018.

CAMACHO, E. F. Avaliação do impacto da implantação de rotina de cuidados com cateter de drenagem ventricular externa em uma unidade de terapia intensiva neurológica. São Paulo, 2011.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF. Controle de Infecção Hospitalar. Cuidados ao Paciente com Cateter Implantado no Sistema Nervoso Central para Derivação Ventricular Externa em Unidade de Terapia Intensiva. CCIH – Serviço de Neurocirurgia. 2019.

36.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	18/09/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: __/__/__

Elaboração/Revisão

Sara Miranda Tavares

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Hiandra Isabela da Silva Nogueira (Acadêmica de enfermagem)

Maria Virgínia Pires Miranda

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Ianni Emmanuela Santana de Almeida

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: __/__/__

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: __/__/__

37. LAVAGEM INTESTINAL

37.1 DEFINIÇÃO

É um procedimento que efetua a limpeza das vísceras (intestino grosso) que consiste na aplicação e drenagem de uma solução no reto, utilizado um cateter ou aplicador podendo utilizar método manual de pressão ou gotejamento, promovendo a retirada de resíduos fecais, que são fontes de processos intoxicativos do corpo. A remoção das fezes promove alívio da distensão abdominal, flatulência, constipação e melena, dos pacientes internados nas unidades de internação no Hospital.

37.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF que no qual tem pacientes internados que necessitem do procedimento.

37.3 OBJETIVO

Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação intestinal e em alguns casos para o preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico, como exames contrastados, retossigmoidoscopia, colonoscopia e enema medicamentoso e preparar o intestino para cirurgias. Esse procedimento é utilizado para: facilitar a eliminação fecal; aliviar distensão abdominal ocasionada pela flatulência; preparar pacientes para cirurgias ou exames (radiografia do trato intestinal) e remover o sangue em caso de melena.

37.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

37.5 INDICAÇÃO

- Clientes com constipação intestinal, que não responderam a medicamentos orais e dietas laxativas.
- Clientes com fecaloma.
- Clientes em preparo para cirurgia ou procedimentos radiológicos e endoscópicos.
- Clientes que necessitam de administração de medicamentos pela via retal.

- Clientes em pós-operatório.

37.6 CONTRA-INDICAÇÃO

- Lesões ou perfurações no cólon distal.
- Sangramento retal.
- Certas obstruções intestinais.
- Doenças inflamatórias agudas em cólon (diverticulite, apendicite, colite ulcerativa, Doença de Crohn, hemorróida).
- Cirurgia recente em cólon e em próstata.
- Enfermidades cardíacas e renais severas.
- Desidratação.
- Mielossupressão.
- Alergia conhecida aos componentes da fórmula.
- Resistência à introdução do cateter retal.

37.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de Proteção Individual - EPI - (luvas de procedimento, avental, gorro, máscara cirúrgica e óculos protetor).
- Bandeja.
- Biombo, se necessário.
- Comadre forrada com papel toalha, se necessário.
- Recipiente de descarte.
- Impermeável e lençol.
- Papel toalha, se necessário.
- Fralda descartável, se necessário.
- Lubrificante hidrossolúvel ou anestésico tópico (lidocaína gel a 2%).
- Frasco com a solução prescrita (comercial ou preparada) - (ex. água, solução glicerinada, solução hipertônica de cloreto de sódio, solução oleosa, solução com fosfato de sódio di e monobásico, outros).
- Materiais específicos para aplicação da solução prescrita pelo método de compressão manual controlada- ENEMA (a depender do fabricante):
 - ✓ Aplicador retal, que acompanha o frasco com solução de glicerina 12% OU;
 - ✓ Bico aplicador anatômico, que vem acoplado no frasco com a solução.
- Materiais específicos para a aplicação da solução prescrita pelo método de gotejamento ENTEROCLISMA:
 - ✓ Suporte de soro
 - ✓ Equipo de soro

- ✓ Extensor, se necessário
- ✓ Fita adesiva ou cordão
- ✓ Cateter retal nº 18 a 24 para adultos e nº 10 a 16 para crianças
- Materiais para a higienização íntima

37.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirmar a prescrição médica e verificar se há contraindicações
- Explicar o procedimento a ser realizado, as sensações esperadas e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico
- Reunir os materiais necessários na bandeja
- Colocar o biombo ao redor do leito, se necessário
- Higienizar as mãos
- Paramentar-se com os EPI's
- Forrar o impermeável com o lençol e posicioná-lo sob o quadril do cliente
- Posicionar a fralda descartável aberta sob o quadril do cliente, se necessário
- Colocar o cliente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado)
- Cobrir o cliente com o lençol, dobrando-o suficiente para expor somente a região anal
- Abrir as embalagens dos materiais do enema
- Montar o sistema.

Por Gotejamento (enteroclisma)

- ✓ Conectar o equipo parenteral e, se necessário, o extensor ao frasco com a solução prescrita. Preencher toda a extensão com a solução. Posicionar o frasco no suporte de soro, em uma altura média de 45 centímetros acima da região anal.
- ✓ Conectar o equipo ao cateter retal

Por Pressão Manual Controlada (enema)

- ✓ Conectar o aplicador retal ao frasco com solução
- ✓ Lubrificar a extremidade do cateter/aplicador retal com gel hidrossolúvel ou com anestésico tópico, com auxílio de uma gaze, e deixá-lo sobre a embalagem aberta
- ✓ Descobrir a região a ser manipulada e expor o orifício anal, afastando os glúteos com a mão não dominante
- ✓ Solicitar ao cliente para respirar profundamente várias vezes pela boca,

enquanto introduz, lentamente, sem forçar, o cateter ou aplicador pelo orifício anal, ao longo da parede retal em direção à cicatriz umbilical, cerca de 7 a 10 centímetros. Em crianças, introduzir de 5 a 7,5 centímetros e em bebês, introduzir de 2,5 a 3,7 centímetros. Se houver resistência à introdução do cateter, interromper o procedimento e comunicar ao médico

- ✓ Fixar o cateter com fita adesiva ou com cordão na pele adjacente ou na coxa, respectivamente, se realizado o procedimento pelo método por gotejamento
- ✓ Observar/Orientar o cliente a relatar qualquer queixa durante a infusão da solução e a manter-se na mesma posição durante a aplicação da solução prescrita
- ✓ Orientar o cliente que, após a aplicação da solução, tente reter a solução pelo maior tempo que conseguir (pelo menos, 3 a 5 minutos)
- ✓ Aplicar a solução prescrita.

Por Gotejamento (enteroclisma – 500 a 1000 mL)

- ✓ Abrir a roldana do equipo, controlando o gotejamento do volume da solução no tempo prescrito (5 a 15 minutos). Reduzir o gotejamento ou pausá-lo por um minuto, se observado ou relatado dor/desconforto. Se persistirem os sintomas, interromper o procedimento e comunicar ao médico.
- ✓ Retirar o cateter, lentamente.
- ✓ Desprezar o cateter no recipiente de descarte.

Por Pressão Manual Controlada (enema – 50 a 500 mL)

- ✓ Comprimir o frasco com as mãos, iniciando pela parte distal e enrolando-o sobre ele mesmo, lentamente, sem forçar, respeitando a tolerância do cliente, até infundir quase todo o volume. Pausar a infusão por alguns segundos, se desconforto não tolerado e dor. Se os sintomas persistirem, interromper o procedimento e comunicar ao médico
- ✓ Retirar o aplicador retal, lentamente
- ✓ Desprezar o aplicador retal no recipiente de descarte
- ✓ Comprimir as nádegas, caso o cliente tenha dificuldade/controle para contrair a musculatura anal
- ✓ Encaminhar o cliente ao banheiro; ou colocar a comadre forrada com o papel-toalha sob as nádegas ou ajustar a fralda descartável
- ✓ Deixar o cliente à vontade, quando for o caso e possível
- ✓ Observar o aspecto e o volume das fezes eliminadas
- ✓ Auxiliar o cliente na realização da higiene íntima, se necessário
- ✓ Recolher os materiais e retirar os EPI's
- ✓ Dar destino adequado aos materiais utilizados
- ✓ Higienizar as mãos

- ✓ Proceder às anotações de enfermagem, constando: data e hora do procedimento, indicação do enema, tipo de solução utilizada, volumes prescrito e infundido, tempo de retenção, características e quantidade de fezes eliminadas, presença de lesões anais e hemorroidas, orientações feitas e presença de ocorrências adversas e as suas medidas tomadas

37.9 REFERÊNCIAS

- BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 470 p. ISBN 978-85-8271-571-0.
- VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. **Técnicas básicas de ENFERMAGEM**. São Paulo: Martinari, 2018.
- POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- CIAMPO, I.R.L.D., SAWAMURA, R., SILVEIRA, E.A.A.B., FERNANDES, M.I.M. **Protocolo clínico e de regulação para constipação intestinal crônica na criança**. p.1251-61, 2017.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2016.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2819-5.
- BULECHEK, M. G.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Realização de lavagem via colostomia pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-BA. Nº 013/2016, 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Realização de fleet-enema pela equipe de enfermagem**. Parecer Coren-GO CTAP nº054/2015, 2015.
- GUERRA, T.L.S., MARSHALL, N.G., MENDONÇA, S.S. **Incidência, fatores de risco e prognóstico de pacientes críticos portadores de constipação intestinal**. Com. Ciência Saúde., v.22, n.2, p. 57-66, 2013.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1349 p. ISBN 978-85-8271-061-6.
- STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. Uberaba: UFTM, 2014. ISBN 978-85-388-0531-1.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Lavagem intestinal**. Parecer Coren-SP CAT nº032/2010, 2010.

37.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª versão	03/12/2020	

Aprovação Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)	
Elaboração/ Revisão Iara Suely Gonçalves Freire de Sá Thiago Cabral de Souza Almeida Valdirene de Sousa Silva Rodrigues Erivane Pereira de Almeida Barboza Maria Virginia Pires Miranda Ianni Emmanuela Santana de Almeida	
Análise Kátia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)	
Validação Vanicleide Nunes Sá Luiz (Chefe da Divisão de Enfermagem)	

38. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA TÓPICA

38.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos pela boca sob a forma de comprimidos, drágeas, pós, cápsulas ou líquidos com a finalidade da absorção pelo trato digestivo.

38.2 OBJETIVO

Utilizar o trato digestivo para absorver o medicamento e acarretar efeitos locais no trato digestivo e, sistêmicos, após a absorção na circulação sanguínea.

38.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

38.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

38.5 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

38.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Copinho descartável;
- Rótulo de identificação;
- Medicamento prescrito;
- Seringa (se necessário);
- Conta Gotas (se necessário);
- Triturador de comprimidos (se necessário);
- Canudinho (se necessário);
- Espátula (se necessário);
- Copo com água (se necessário).

38.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Colocar o rótulo do medicamento no copo descartável;
- Colocar o medicamento no copinho (diluir se necessário)
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água ao paciente;
- Esperar o paciente deglutir todos o(s) medicamento(s);
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higieniza-la com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.

38.8 OBSERVAÇÕES

- Caso o paciente esteja impossibilitado, administrar o medicamento com seringa na lateral da boca (necessidade do uso de luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa;
- Verificar se o paciente ingeriu a medicação;
- Essa via é contra indicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentam náuseas e vômitos;
- Apresentação em pó deve ser diluída antes de ser ingerida;
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico.

38.9 REFERÊNCIAS

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica/** [editores] Suzanne C. Smeltezer et.al. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Volume 2.

BUENO, D.P. **O ECG no prognóstico do IAM.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul. Ano XIX nº 21. 2011.

POTTER, P.A; PERRY. A.G; Fundamentos de Enfermagem. 7º Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH, R.M, et.al. Técnicas básicas de enfermagem. 22º edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA, L.D, PEREIRA S.E.M, MESUITA A.M.F. Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi: 2005.

LUZ, S. Protocolo de administração via oral. 2020. Disponível em: [https:// www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp? Id=207](https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?Id=207) Acesso em 18/05/2020.

38.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações no item: 8 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Renata Santana Rodrigues

Sara Miranda Tavares

Lília Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

39. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL

39.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos na mucosa oral, sob a língua. Essa via possibilita um efeito sistêmico rápido, pois além das substâncias ativas serem absorvidas diretamente para a circulação sanguínea, não são metabolizadas pelo fígado.

39.2 OBJETIVOS

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de medicamentos por via sublingual;
- Absorver a medicação de forma mais rápida;
- Administrar medicamento que é inativado pelo suco gástrico.

39.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

39.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

39.5 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica, apenas os medicamentos que são altamente lipossolúveis podem ser administrados por essa via.

39.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Prescrição do paciente;
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Copo plástico descartável;
- Luva de procedimento s/n.

39.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, risco aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento no copo descartável com nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Colocar o medicamento no copinho;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente, pois após a alta hospitalar ele pode ter que aplicar sozinho a medicação;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento s/n;
- Entregar o medicamento ao paciente e orientar para colocar parado sob a língua, sem mastigar ou engolir;

- Além disso, o paciente deve ser orientado a não engolir saliva, para que a droga seja absorvida.
- Checar se o procedimento foi efetivo;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.

39.8 OBSERVAÇÕES

- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico.

39.9 REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY. A.G; Fundamentos de Enfermagem. 7º Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Código POP 038/13, versão 01, Rio de Janeiro, 2013.

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

39.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

2ª versão 29/09/2020 Complementações nos itens: 1(definição) 2(objetivos), 5 (indicação) e 7 (descrição do procedimento).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Andreza Monteiro Cavalcante

Sara Miranda Tavares

Lilia Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

40. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRADÉRMICA

40.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos na derme, onde o suprimento sanguíneo é reduzido, e a absorção ocorre lentamente.

40.2 OBJETIVOS

- Realizar teste de sensibilidade (introdução de alérgenos);
- Realizar o PPD (derivado proteico purificado);
- Imunizações (BCG);

- Administração de anestésicos locais (lidocaína, xilocaína).

40.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

40.4 INDICAÇÕES

- Em atendimento a prescrição médica, ou programa de prescrição instituído no Hospital Universitário do Vale do São Francisco/ HU-UNIVASF.
- Medicações cuja absorção deve ocorrer lentamente.

40.5 CONTRAINDICAÇÃO/RESTRIÇÃO

- Drogas irritantes;
- Áreas com: manchas, cicatrizes, edemas, lesões, excessos de pelos, sinais flogísticos;

40.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Agulha para aspiração;
- Agulha 13 x 4,5;
- Seringa de 1ml;
- Gaze estéril;
- Álcool 70%;
- Medicamento prescrito;
- Clorexidina alcoólica.

40.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos aos pacientes;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;

- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool 70%.
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Reunir o material a ser colocado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local com gaze umedecida em álcool 70%, e, em seguida, esperar 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando-a sem vestígio do produto, de modo a evitar interferência do álcool na aplicação;
- Distender a pele do local de aplicação;
- Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15° graus, quase paralelamente à superfície da pele, com bisel voltado para cima, parando quando a extremidade do bisel estiver sob a pele;
- Injetar lentamente, observar a formação de pápula;
- Retirar a agulha na mesma angulação de entrada na pele;
- Segurar a pele com o algodão ao término da aplicação;
- Orientar o paciente para não coçar o local;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro em local adequado;
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Checar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

40.8 CUIDADOS RELACIONADOS

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;

- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar o enfermeiro responsável e/ou médico;
- Administrar pequenos volumes, geralmente 0,1 ml até o volume máximo de 0,5 ml;
- Quando não se forma a pápula, é provável que tenha sido injetado em um local mais profundo, considerar readministração;
- Em caso de mais de uma injeção, administrar espaçando-as com um intervalo de cerca de 5cm;
- Não está indicada assepsia com álcool a 70% na administração de vacinas fora do ambiente hospitalar, devido possível interferência do álcool com o imunobiológico;
- Os locais para aplicação Intradérmica são: a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- Não se deve fazer massagem no local após a aplicação;
- Para casos de testes alérgicos, deve-se estar preparado para realizar o procedimento de reanimação de emergência, considerando a possibilidade de reação anafilática causada por hipersensibilidade do paciente ao antígeno do teste.

40.9 REFERÊNCIAS

BARE, B. G; SUDDARTH, D .S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G..Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SILVA LD, PEREIRA SEM, MESQUITA AMF. Procedimentos de Enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 Ed. v.2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO SOU ENFERMAGEM. Manual de Administração de Medicamentos. 2018. Disponível em <https://souenfermagem.com.br/fundamentos/administracao-de-medicamentos/baixar-manual-de-administracao-de-medicamentos/>.

COLONISTA PORTAL-EDUCAÇÃO. Administração de Medicamentos por Via Intradérmica (ID). Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/administracao-de-medicamentos-por-via-intradermica-id/30641>. Acesso: 26/05/2020.

40.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1(DEFINIÇÃO), 2(OBJETIVOS), 4 (INDICAÇÃO) e 7(DESCRição DO PROCEDIMENTO) e 8 (CUIDADOS RELACIONADOS). Inserção do item 5 (CONTRAINDICAÇÃO/RESTRIÇÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Nilciane Amélia Mesquita

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Sara Miranda Tavares

Líli Coelho Rodrigues

Cícera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

41. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR

41.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos no tecido muscular.

41.2 OBJETIVO

Proporcionar a absorção mais rápida do medicamento do que pela via oral; administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo.

41.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

41.4 INDICAÇÃO

Aplicação de medicamentos e vacinas.

41.5 CONTRAINDICAÇÃO/ RESTRIÇÃO

- Aplicação de medicamentos e vacinas em locais com massa muscular reduzida;
- Aplicação de volumes superiores a 5 ml;
- Lesões nos locais de aplicação;
- Comprometimento severo dos mecanismos de coagulação;
- Situações emergenciais, tais como: choque hipovolêmico e grandes queimaduras;
- Membros paréticos.

41.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja, rótulo de identificação;
- Luvas de procedimento;
- Seringa;
- Agulha 40 x 12, 25 x 7 ou 30 x 8;
- Medicamento prescrito;
- Gaze estéril;
- Algodão;
- Clorexidina alcoólica ou álcool 70%.

41.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos aos pacientes;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Separar o material necessário;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool 70%.
- Fazer a reconstituição com o líquido recomendado, s/n;
- Aspirar o conteúdo do frasco;
- Trocar agulha (25 x 7 ou 30 x 8);
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;
- Reunir o material a ser colocado na bandeja;
- Levantar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir os rótulos com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor a área de aplicação e definir o local de administração;
- Palpar o músculo (medicação local);
- Fazer a antisepsia do local;
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local de administração;
- Inserir a agulha da injeção em um ângulo de 90º em relação ao músculo;
- Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;

- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante em local apropriado;
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Checar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

41.8 CUIDADOS RELACIONADOS

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar o enfermeiro responsável e/ou médico;
- Realizar rodizio nos locais de aplicação para evitar lipodistrofias;
- Utilizar a técnica em Z em pacientes que recebem injeções por período prolongado, idosos com redução de massa muscular, aplicação de certos agentes, como o ferro. Esse método diz respeito ao deslocamento da pele com os dedos polegar e indicativo da mão não dominante, antes de aplicar a medicação, que é mantida até a retirada da agulha da pele.
- Não misturar medicamentos distintos na mesma seringa para serem administrados;
- Aplicar a medicação em um ângulo inferior a 90°, em crianças e adultos com massa muscular reduzida;
- Não reencapar a agulha;

Delimitar o local de aplicação de acordo com a região:

- Vasto lateral da coxa: dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio.
- Dorso Glútea: traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca pósterio-superior até o grande trocânter do Fêmur e fazer a aplicação intramuscular acima dessa linha.
- Vento glútea: colocar a mão não dominante no quadril contra-lateral do cliente apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio ao longo da crista ilíaca, espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, formando um triângulo invertido. Aplicar entre os dedos.
- Deltóide: localizar e delimitar o processo acromial, medir 2 a 3 dedos abaixo. Aplicar na região central do músculo.

Músculos indicados para a administração e volume permitido em adultos são:

- Vasto lateral da coxa: até 4 ml.
- Região Dorso Glútea – Quadrante Superior Externo: até 5 ml.
- Região Vento Glútea: até 4 ml.
- Deltóide: até 2 ml.

41.9 REFERÊNCIAS

BARE, B. G, SUDDARTH, D.S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico – Cirurgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DORNFELD, R.L. Minicurso: Revisão de técnicas de enfermagem; Administração de medicamentos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM. Serviço de Educação em Enfermagem. 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G..Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SEM, MESQUITA AMF. Procedimentos de Enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

41.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 4 (INDICAÇÃO) e 8 (CUIDADOS RELACIONADOS). Inserção do item 5 (CONTRAINDICAÇÃO/RESTRIÇÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Nilciane Amélia Mesquita

Sara Miranda Tavares

Lilia Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

42. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA

42.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos por baixo da derme, no tecido conjuntivo.

42.2 OBJETIVO

Lentificar o tempo de absorção sistêmica do medicamento.

42.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

42.4 INDICAÇÕES

- Em atendimento à prescrição médica.
- Administração de medicações e vacinas que contraindiquem a administração por outras vias.

42.5 CONTRAINDICAÇÃO/ RESTRIÇÃO

- Geral: situações emergenciais, tais como: choque hipovolêmico, distúrbios graves de coagulação, grandes queimados, doenças vasculares periféricas oclusivas e desidratação grave.
- Local: em cicatrizes, manchas de nascença, membro superior do lado da cirurgia de mastectomia radial e da fístula arteriovenosa e membros paréticos.

42.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja,
- Luvas de procedimento,
- Agulha para aspiração,

- Agulha 13x 4,5,
- Seringa de 1 ml,
- Gaze estéril,
- Álcool a 70%,
- Medicamento prescrito,
- Clorexidina alcoólica.

42.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;
- Colar o rótulo de identificação no medicamento;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local.
- Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Inserir em único movimento a seringa com a agulha 13x4,5mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
- Aspirar, observando se a agulha atingiu algum vaso sanguíneo;
- Se atingir algum vaso, retirar a agulha, desprezar o material e reiniciar todo o procedimento com o preparo de nova solução;
- Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);

- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

42.8 OBSERVAÇÕES

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltóide, face externa do braço, face externa da coxa, parede abdominal e região escapular;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;
- A escolha do comprimento da agulha e do ângulo de introdução deve também considerar a profundidade da camada subcutânea indicada pelo peso corpóreo do paciente. Em obesos, o comprimento da agulha deve ser da metade da largura da prega da pele;
- Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha.

42.9 REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO-COREN-SP. Ementa: Técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. Parecer Coren-SP 010/2018. Ticket nº 546.292.

DORNFELD, R.L. Minicurso: Revisão de técnicas de enfermagem; Administração de medicamentos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM. Serviço de Educação em Enfermagem. 2011.

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos da Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CLAYTON BD. Farmacologia na pratica de enfermagem. Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2006.

REICHEMBACH MT, MEIER MJ, ASCHIDAMINI IM. Administração de medicamentos por via subcutânea: convenção ou controvérsia para a enfermagem? Rev. Bras. Enferm. 58(5), Brasília, Sept./Oct. 2005.

42.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 4 (INDICAÇÃO), 7 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e 8 (OBSERVAÇÕES). Inserção do item:5 (CONTRAINDICAÇÃO/RESTRIÇÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Data: ____/____/____

Camila Carvalho

Sara Miranda Tavares

Líliia Coelho Rodrigues

Cícera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: __/__/__

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: __/__/__

43. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAVENOSA

43.1 DEFINIÇÃO

É a administração de uma solução estéril na veia, diretamente na circulação sanguínea. A administração de medicamentos por via intravenosa, também chamada endovenosa, pode ser feita por acesso periférico ou central.

43.2 OBJETIVOS

- Implementar a prescrição médica para administração efetiva de medicação Intravenosa e livre de iatrogenia;
- Garantir acesso rápido ao sistema circulatório.

43.3 INDICAÇÃO

Sempre que houver indicação para que o medicamento ou solução seja absorvido de imediato e por completo, e nos casos de grandes doses de medicamentos por fluxo contínuo ou intermitente, por período determinado.

43.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

43.5 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

43.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Diluente do medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Agulha de 40mm x 12 mm;
- Seringa de 05, 10 ou 20 mL;
- Etiqueta ou fita adesiva;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Adesivo hipoalergênico;

43.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir prescrições Médica e de Enfermagem;
- Fazer etiqueta de identificação do medicamento (nome, dosagem, horário e via de administração) e do paciente (nome e leito);
- Reunir material na bandeja;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Separar o frasco ou ampola e fazer limpeza com algodão e álcool a 70% antes de quebrá-los;
- Fazer a reconstituição ou diluição;
- Colar na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;

- Levar a bandeja para o leito do paciente e acomodá-la na mesa auxiliar;
- Identificar-se e checar o nome e o leito do paciente;
- Se necessário, puncionar uma via periférica;
- Explicar o procedimento ao paciente, se possível;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o paciente na posição mais adequada, se possível;
- Limpar a conexão do acesso venoso com álcool a 70%;
- Remover a tampinha da torneirinha ou do cateter, protegendo-a com gaze estéril ou administrar medicamento pelo ejetor lateral do equipo (y);
- Desconectar a agulha de proteção da seringa;
- Conectar a seringa com medicamento ao acesso venoso;
- Bloquear o acesso do soro durante a administração do medicamento;
- Tracionar o êmbolo da seringa até refluir pequena quantidade de sangue;
- Administrar medicação de forma segura, sempre observando o paciente.
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos.

43.8 RISCOS/TOMADA DE DECISÕES

- Infiltração tecidual: trocar via de acesso;
- Contaminação: repetir o procedimento;
- Efeito colateral: avaliar a queixa do paciente e comunicar ao enfermeiro/médico com urgência.

43.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

43.10 OBSERVAÇÕES

- Ler atentamente a prescrição médica, observando nome do paciente, medicamento, dosagem, via de administração e horário;
- Respeitar o direito de recusa do paciente (Indagar e registrar motivos);
- Checar todo medicamento administrado. Caso não tenha sido administrado, rodellar o horário e registrar o motivo. Se administrado fora do horário, colocar o novo horário administrado e checar na prescrição médica;

- Manter o medicamento com identificação e em local adequado;
- Verificar e respeitar a validade do medicamento;
- O apazamento deverá ser realizado pelo Enfermeiro;
- É necessário retirar o ar do dispositivo antes de realizar a punção venosa, injetando-se soro fisiológico (SF) 0,9% no dispositivo antes de iniciar a punção ou permitindo o refluxo de sangue no momento da punção até o final do dispositivo;

As veias de preferência para a colocação dos dispositivos para o acesso venoso periférico são:

- Metacarpianas;
- Basílica;
- Cefálica e cefálica acessória;
- Veia intermédia do antebraço;
- Veia intermediária do cotovelo;
- Veia braquial.
- Veias localizadas em membros inferiores (MMII) são indicadas como último recurso, em adultos.
- Deve-se evitar áreas inflamadas, hipotróficas, com nódulos, paresias, plegias e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento;
- Durante a infusão de substâncias endovenosas, podem ocorrer reações pirogênicas ou bacterianas, sendo importante a observação de manifestações clínicas que poderão ser: calafrios intensos, elevação de temperatura, sudorese, pele fria, hipotensão, cianose de extremidades e/ou labial, levando à uma abrupta queda do estado geral do paciente. Essas possíveis reações são verificadas logo após o início de terapia endovenosa e, devem cessar logo que interrompida.
- Geralmente, os tempos de administração de medicamento por via Intravenosa são classificados em:
 - Bolus: realizada em até 1 min;
 - Infusão rápida: entre 1 e 30 min;
 - Infusão lenta: entre 30 e 60 min;
 - Infusão contínua: em tempo superior a 60 min, ininterruptamente;
 - Infusão intermitente: em tempo superior a 60 min, não-contínua.

Equivalências

- 1mL= 20 gotas= 60 microgotas;
- 1microgota/min= 1mL/h;
- 1mg= 1000µg;

- 1 gota= 3 microgotas.

43.11 REFERÊNCIAS

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO. HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Disponível em: <http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf>. Acesso em: 30 nov 2015.

BARRETO, A.P.M; SANTOS, F. R; NUNES, M.M; JERONIMO, R.S.Administração de medicamentos- 5 certos para segurança de seu paciente/organizadoras Aline Laurenti Cheregatti; Rosangela Aparecida Sala Jeronimo. -2ª Ed -São Paulo: Editora Rideel, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO SOU ENFERMAGEM. Administração de medicamentos via endovenosa. Disponível em: <https://souenfermagem.com.br/fundamentos/administracao-de-medicamentos/administracao-de-medicamentos-via-endovenosa/> Acesso em: 06/06/2020.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO HOSPITAL GAFFREE-UNIRIO.EBSERH. 2018. Disponível em:http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.13_ADMINISTRA%C3%87%C3%83O+DE+MEDICAMENTOS+POR+VIA+ENDOVENOSA.pdf/81858b47-ce1c-4cde-b6ed-6050ee391f56.

43.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações dos itens: 1 (DEFINIÇÃO), 2 (OBJETIVOS), 3 (INDICAÇÃO), 7 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e 10 (OBSERVAÇÕES). Inserção do item 8 (RISCOS/TOMADA DE DECISÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lucas Borges de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Líliia Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

44. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA OCULAR

44.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos na conjuntiva ocular. A absorção se dá principalmente pelo epitélio do saco conjuntival, que, por ter uma pequena área, torna a absorção restrita. Os medicamentos se apresentam sob a forma de pomada ou colírio.

44.2 OBJETIVOS

- Padronizar a técnica de administração de medicamento (antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificantes) na região dos olhos;
- Para fins diagnósticos, utilizados para dilatação da pupila e coloração da córnea, a fim de detectar abrasão ou ulceração;
- Tratamento de diversas doenças como o glaucoma ou infecções oculares;
- Fármacos oftálmicos aplicados topicamente são utilizados em razão de seus efeitos locais.

44.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

44.4 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica, para fins diagnósticos ou terapêuticos.

44.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja,
- Lenço de papel ou gaze,
- Medicamento,
- Álcool a 70% e
- Luva de procedimento.

44.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Realizar a higienização das mãos.

- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente, se possível;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente e a prescrição médica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar a presença de secreção ocular e promover a limpeza, se necessário, para favorecer o contato do medicamento com a mucosa;
- Orientar o paciente que permaneça sentado ou deitado com o pescoço hiperestendido;
- Tracionar suavemente a pálpebra inferior com o indicador envolto em gaze, expondo o fundo do saco conjuntival;
- Solicitar que o paciente olhe para cima e depositar o medicamento no saco conjuntival;
- Soltar a pálpebra inferior e solicitar que o paciente feche os olhos suavemente;
- Solicitar ao paciente que movimente o globo ocular com as pálpebras cerradas e com o pescoço em hiperextensão.
- Limpar os olhos com gaze do canto interno para o externo (não pode ter secreção);
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar a cuba rim com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

44.7 REGISTRO

- Não colocar a medicação diretamente na córnea, pelo perigo de lesão e sensação desagradável;
- Pomadas são aplicadas depositando uma fina camada no saco conjuntival do canto interno para o externo, seguindo as indicações descritas acima;
- Evitar tocar a ponta da bisnaga no olho do paciente, para prevenir contaminação da bisnaga. A pomada é de uso individual;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico.
- O período de duração de um colírio, após aberto, é de cerca de quinze dias, deve-se, portanto, registrar a data de início do uso em sua embalagem.

- Nunca usar o mesmo frasco de colírio em mais de um paciente, para evitar contaminação;
- O paciente em uso de mais de um tipo de colírio, deve aguardar 5 minutos entre as aplicações dos colírios;
- Para evitar absorção e reações sistêmicas a aplicação do colírio, como taquicardia, palpitações, ruborização, pele seca, ataxia e confusão mental, peça ao paciente para pressionar o ducto lacrimal no canto interno do olho, no momento da instilação do colírio.

44.8 REFERÊNCIAS

BARE, B.G, SUDDARTH, D.S. Brunner – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011.

COLUNISTA PORTAL-EDUCAÇÃO. Administração de Medicamentos por Via Oftálmica. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/pedagogia/administracao-de-medicamentos-por-via-oftalmica/30648>. Acesso em 06/06/2020.

KOCH. R.M. et Al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

MOTTA, A. L. C; SANTOS, N. C. M. **Medicamentos na Enfermagem: Administração e Cálculos**. 4ª Ed. Editora Erica/Saraiva. 2017.

NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2007. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed São Paulo: Elsevier, 2009.

SANTOS, L; TORRIANI, M. S; BARROS, E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SILVA LD, PEREIRA SRM, MESQUITA AMF. **Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

44.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 01(DEFINIÇÃO), 02 (OBJETIVOS), 4 (INDICAÇÃO), 6 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e 7 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Erick Bruno Barros Alves

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Sara Miranda tavares

Lilia Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

45. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA AURICULAR

45.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região Auricular.

45.2 OBJETIVOS

- Preparar o paciente para exames auriculares;
- Tratamento de patologias otológicas;
- Facilitar a saída de cerúmen e corpos estranhos;
- Aliviar a dor.

45.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

45.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

45.5 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

45.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Prescrição do paciente;
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;

- Álcool a 70%;
- Luva de procedimento.

45.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, risco aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente, pois após a alta hospitalar ele pode ter que aplicar sozinho a medicação;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento na presença de secreção;
- Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;
- Observar presença de secreção, se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze;
- Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar no paciente);
- Pedir ao paciente para permanecer com a cabeça lateralizada por 3 minutos e supervisionar;
- Administrar a medicação no ouvido paralelo se estiver prescrito, e repetir o mesmo procedimento;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;

- Registrar a medicação aplicada, o horário, a data e o local de aplicação, além da condição do ouvido do paciente por ocasião da aplicação. Observar e registrar os efeitos subsequentes da medicação, caso ocorram.
- Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.

45.8 OBSERVAÇÕES

- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Não administrar medicamento otológico frio, poderá causar efeitos colaterais como vertigens, náuseas e dor. Aquecer a solução friccionando delicadamente o frasco entre as mãos antes de administrar.
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico.
- A instilação de medicamento é contraindicada em clientes que apresentam tímpano perfurado.

45.9 REFERÊNCIAS

POTTER, P.A; PERRY. A.G; Fundamentos de Enfermagem. 7º Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Código POP 038/13, versão 01, Rio de Janeiro, 2013.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL. Administração de medicamento por via otológica. Juiz de Fora- MG: HU-UFJF/EBSERH, 2018.

45.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 2 (OBJETIVO), e 8 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Andreza Monteiro Cavalcante

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Lília Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Data: ____/____/____

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

46. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA NASAL

46.1 DEFINIÇÃO

É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal. A via nasal caracteriza-se pela elevada vascularização, extensa superfície e nenhum efeito metabólico de primeira passagem hepática. É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal. A via nasal caracteriza-se pela elevada vascularização, extensa superfície e nenhum efeito metabólico de primeira passagem hepática.

46.2 OBJETIVOS

- Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias e/ou infecciosas do trato aéreo superior;
- Servir de meio de administração medicamentoso com absorção sistêmica.
- Aliviar a congestão nasal.

46.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

46.4 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

46.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Lenço de papel ou gaze,
- Conta-gotas,
- Medicamento prescrito,
- Luva de procedimento e
- Bandeja.

46.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente, se possível;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Solicitar para que o paciente limpe as narinas com lenço de papel (na ausência deste, gaze);
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira, solicitando que incline a cabeça para trás;
- Pingar as gotas nas narinas, sem tocá-las com frasco medicamentoso;
- Orientar ao paciente para permanecer na mesma posição por 2 minutos e respirar pela boca;
- Oferecer lenço de papel ou gaze para o paciente colocar debaixo do nariz, mas solicitar para não assuar durante alguns minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

46.7 CUIDADOS RELACIONADOS

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico;
- Recomenda-se que o frasco do medicamento seja de uso individual;
- Quando for utilizado conta-gotas, o excedente de medicamento aspirado não deverá ser devolvido ao frasco;
- O conta-gotas é de uso individual e deve ser higienizado a cada reutilização.

46.8 REFERÊNCIAS

BARE, B.G, SUDDARTH, D.S. Brunner – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011.

KOCH. R.M. et Al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed São Paulo: Elsevier, 2009.

SILVA LD, PEREIRA SEM, MESQUITA AMF. **Procedimentos de enfermagem**: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

SANTOS, L; TORRIANI, M. S; BARROS, E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WHALEN,K. Farmacologia ilustrada. Tradução e revisão técnica: Augusto Langelo. 6ºed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CARMANGNANI, M.I.S. **Procedimentos de Enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

46.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 01(DEFINIÇÃO), 06 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e 07 (CUIDADOS RELACIONADOS).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Erick Bruno Barros Alves

Otília Maria Reis Sousa Tinel

Sara Miranda Tavares

Lilíia Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

47. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA VAGINAL

47.1 DEFINIÇÃO

É o ato de preparar medicamentos a serem administrados intravaginal e administrá-los, sob a forma de supositórios, comprimidos, geleias, cremes e pomadas.

47.2 OBJETIVOS

- Tratamento local;
- Evitar efeito de primeira passagem hepático;
- Preparar para cirurgias do órgão reprodutor;
- Tratar e/ou prevenir processos inflamatórios e infecções;
- Restauração da mucosa vaginal;

- Fazer reposição hormonal.

47.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

47.4 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

47.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja,
- Medicamento prescrito,
- Prontuário,
- Caneta,
- Aplicador tubular com êmbolo,
- Gaze,
- Luvas de procedimento,
- Absorvente higiênico,
- Biombos - quando necessário,
- Compressa não estéril.

47.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Primeira etapa: pré-execução

- Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Conferir prescrição e prazo de validade, bem como os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção do balcão e da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente, se possível;
- Calçar luvas de procedimento;

- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Colocar em uma bandeja o medicamento com a identificação. Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos e etc) diante do cliente;
- Conferir o nome completo do cliente, leito, medicamento e via de administração;
- Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar sobre o medicamento a ser administrado;
- Garantir a privacidade do cliente solicitando que os acompanhantes aguardem do lado de fora do quarto ou permitir a presença de um, se administrador for do sexo masculino ou paciente menor de idade;
- Proteger o leito com biombos ou cortinas, se necessário;
-

Segunda etapa: execução

- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
- Deixar o medicamento preparado para a administração por meio do aplicador;
- Solicitar à paciente que esvazie a bexiga e que faça higiene íntima, ou realizar caso a paciente esteja impossibilitada;
- Orientar posição ginecológica ou posicionar o paciente (deitada, com as pernas fletidas e abertas) expondo apenas os genitais;
- Entreabrir os pequenos lábios com a mão não dominante, visualizando o vestibulo vaginal, mantendo-o aberto;
- Pegar o aplicador tubular com o medicamento com a mão dominante;
- Comunicar à cliente da introdução do aplicador, pedindo que a mesma inspire lentamente para maior relaxamento;
- Introduzir cuidadosamente o aplicador tubular em direção ao sacro, no sentido para baixo e para trás até o fundo da cavidade vaginal (máximo de 10cm) e empurrar o êmbolo;
- Retirar o aplicador tubular e colocar o absorvente higiênico sob a roupa íntima da cliente;
- Orientar a cliente que permaneça em decúbito dorsal por 15 a 20min para melhor absorção do medicamento;
- Observar as reações do cliente;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Deixar o cliente em posição confortável e a unidade em ordem;
- Retirar a luva, virando-a e deixando o lado interno da luva para fora;
- Higienizar as mãos;

- Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a recusa, reações do cliente, dor, presença de secreção ou sangramento, etc.;
- Checar a prescrição médica conforme normativa.

47.7 OBSERVAÇÕES

- Observar as reações do cliente;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Deixar o cliente em posição confortável e a unidade em ordem;
- Retirar a luva, virando-a e deixando o lado interno da luva para fora;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a recusa, reações do cliente, dor, presença de secreção ou sangramento, etc.;
- Checar a prescrição médica conforme normativa.

47.8 CUIDADOS RELACIONADOS

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico;
- Se reação alérgica e colateral: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira;
- Lesão de mucosa: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Evitar exposição inadequada: posicionar adequadamente a cliente.

47.9 REFERÊNCIAS

BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

- BARE, B.G, SUDDARTH, D.S. Brunner – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2011.
- CARMANGNANI, M.I.S. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- LECH, J. (org). Manual de procedimentos de enfermagem. São Paulo: Martinari, 2006.
- NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª Ed São Paulo: Elsevier, 2009.
- SANTOS, L; TORRIANI, M. S; BARROS, E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

47.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 2 (OBJETIVOS), 6 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) e 7 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carla Eliza Ferraz de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Lília Coelho Rodrigues

Cicera Maria dos Santos

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

48. ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS

48.1 DEFINIÇÃO

A quimioterapia é o tratamento de doenças por meio de substâncias químicas que afetam o funcionamento celular. E podem ser utilizados para o tratamento de doenças autoimunes, como a esclerose múltipla e a artrite reumatoide, além de ser usados também para a supressão de rejeições a transplantes diversos (imunossupressão).

As medicações utilizadas recebem o nome de agentes quimioterápicos, podendo ser ingeridos ou administrados por veias, artérias e músculos do paciente.

48.2 OBJETIVO

- O protocolo de administração de quimioterápicos tem como função definir as formas de manuseio com doses e datas de administração programadas; sendo possível estimar sua eficácia terapêutica e os prováveis efeitos colaterais antes de iniciar o tratamento.
- Esse protocolo estabelece as vias de administração, os procedimentos para a administração, dispositivos aplicados para a administração, normas de manuseio e ações de enfermagem.

48.3 NORMAS TÉCNICAS PARA O MANUSEIO SEGURO DOS QUIMIOTERÁPICOS

ANTINEOPLÁSICOS

A exposição aos quimioterápicos representa risco potencial à saúde dos profissionais que os manuseiam, os administram e os descartam.

Dessa forma, estão proibidos de manusear os quimioterápicos as gestantes, as nutrizes, profissionais expostos ao raio-X (fator de risco adicional) e por profissionais não habilitados.

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de Uso Obrigatório

A Instituição deve fornecer a seus trabalhadores os EPIs necessário para que estes possam desempenhar suas atividades com o menor risco de contato com os quimioterápicos.

KIT: avental descartável e impermeável de manga longa com punho justo e fechado na frente de comprimento abaixo do joelho, máscara respiratória facial com filtro ou com carvão ativado, óculos com protetor lateral, luvas de cano longo e saco plástico duplo para coleta de roupas usadas e lixo.

As instruções devem ser entregues aos trabalhadores por escrito mediante protocolo, deixar uma cópia para inspeção da fiscalização do trabalho; exigência da NR32.

Normas relativas ao manuseio dos clientes:

- Utilizar os EPIs (luvas, óculos e avental específicos) no manuseio de secreção e excretas;
- Desprezar com cautela as secreções e excretas para evitar a contaminação através de respingos;
- Manusear roupa de cama, camisolas e pijamas contaminados com luva de procedimento;
- Embalar em saco plástico fechado e identificar como ROUPA CONTAMINADA antes de encaminhar à lavanderia.

Normas de segurança na administração do quimioterápico:

- Usar EPI (específico), obrigatoriamente, para administração de quimioterápico;
- Retirar o EPI somente ao terminar as atividades com o cliente ou se houver derramamento acidental do quimioterápico no EPI;
- Retirar o ar do equipo dentro de um saco plástico, se presente;
- Desprezar o equipo, gases, luvas, avental e frasco vazios ou com restos de medicação utilizado na quimioterapia no saco plástico duplo já identificado com o símbolo de lixo tóxico na lixeira com tampa no expurgo.

Normas de segurança relativas aos descartáveis, frascos e ampolas:

- Desprezar os dispositivos perfurocortantes utilizados no cliente em tratamento com quimioterápicos em um recipiente rígido e impermeável de polipropileno.
- A tampa do recipiente deverá permanecer sempre fechada. Deixar o recipiente localizado no expurgo.

Normas relativas à contaminação pessoal:

- Retirar todo equipamento de proteção individual contaminado e descartá-lo imediatamente, no lixo próprio localizado no expurgo;
- Lavar com água corrente e sabão neutro exaustivamente a pele exposta ou irrigar o olho exposto com água ou solução isotônica por 5 minutos, mantendo a pálpebra aberta;
- Procurar atendimento médico;
- Preencher a ficha de acidentes de acordo com as normas do SOST.

Efeitos adversos no manejo da quimioterapia para os trabalhadores

Os quimioterápicos em contato com a pele e mucosa, e resíduos destes agentes inalados ou ingeridos podem provocar no profissional: tontura, cefaléia, mutagenicidade, náuseas, vômitos, carcinogêneses, disfunções menstruais, alergia, alterações nas mucosas, irritação da garganta, alterações genéticas, aborto e/ou mau formação congênita e infertilidade.

48.4 ORIENTAÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS

Normas

- A competência pela administração do quimioterápico é do enfermeiro e a manutenção da vigilância durante a infusão pode ser feita pelos demais membros da equipe de enfermagem, que acionarão o enfermeiro nas intercorrências.
- Os profissionais de saúde que administram e transportam o quimioterápico deverão, obrigatoriamente, usar equipamentos de proteção individual durante todo e qualquer 5
- Os equipamentos de proteção individual específicos para a administração dos quimioterápicos serão fornecidos pela Instituição.
- As drogas reconstituídas que não forem administradas imediatamente ao preparo deverão ser armazenadas em local seguro, separadas das demais medicações, sempre respeitando o tempo e o local de conservação descritas no rótulo do medicamento.
- O descarte do lixo, invólucros, frascos, e demais materiais que entraram em contato com o quimioterápico deverão ser feitos em recipientes específicos localizados no expurgo.

Ações

✓ Enfermeiro:

- Conferir o rótulo com a prescrição médica;
- Confirmar a identificação do cliente ao rótulo e prescrição;
- Administrar os quimioterápicos.

Obs: Se não for possível administrar o quimioterápico, no momento do recebimento, verificar a estabilidade após reconstituição e o local de armazenamento. Devolver à Farmácia o quimioterápico não administrado.

48.5 PROCEDIMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS

- Verificar a identificação do cliente, medicamento, dose, via e tempo de administração na prescrição médica;

- Rever o histórico de alergia à medicamentos com o cliente e no prontuário;
- Antecipar e planejar possíveis efeitos colaterais e toxicidade sistêmica importante;
- Rever os dados laboratoriais e outros testes adequados;
- Escolher os equipamentos e dispositivos adequados;
- Explicar o procedimento ao cliente e ao acompanhante;
- Informar que os quimioterápicos são lesivos para as células normais e que as medidas de proteção usadas pela equipe minimizam sua exposição ao medicamento;
- Administrar antieméticos ou outras medicações prescritas;
- Administrar o quimioterápico;
- Monitorar o cliente em intervalos programados durante todo o período de administração de medicamentos;
- Não descartar qualquer dispositivo utilizado em qualquer procedimento na área de cuidado do cliente.

48.6 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DO QUIMIOTERÁPICO

✓ Enfermeiro:

- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislação pertinentes às áreas de atuação em quimioterapia;
- Estabelecer relação técnico-científico com a unidade afim de desenvolver estudos investigacionais e de pesquisa;
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiar;
- Formular e implementar manuais técnicos operacionais para a equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação;
- Formular e implementar manuais educativos aos clientes e familiares adequando-os a sua realidade social;
- Manter a atualização técnica e científica de biossegurança individual, coletiva e ambiental, que permita a atuação profissional com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar dano físico ou ambiental;
- Manter registro de quem manipula quimioterápicos;
- Estabelecer programa de treinamento na unidade responsável pela administração de quimioterápico;
- Não permitir que grávidas trabalhem com quimioterápico;
- Só permitir que trabalhe com quimioterápico, quem tiver conhecimento específico;
- Limitar o número de servidores/funcionários na manipulação de quimioterápicos;

- Sistematizar avaliação médica periódica do profissional– ver com medicina do trabalho;
- Saber a velocidade de aplicação das drogas e efeitos colaterais;

✓ Técnico de Enfermagem:

- Executar ações de enfermagem a clientes submetidos ao tratamento quimioterápico, sob a supervisão do Enfermeiro, conforme lei de nº7498/86 Art 15 e decreto 94.406/87 Art 13, observado o disposto na resolução COFEN – 168/93.

48.7 VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS QUIMIOTERÁPICOS

Na realidade do nosso hospital os quimioterápicos são administrados nas vias: oral, endovenosa.

Via oral

Vantagens/ Desvantagens:

- As mesmas de outra medicação administrada por essa via.

Potenciais complicações:

- Complicações específicas de cada agente.

Cuidados de enfermagem na via oral:

- Manusear os quimioterápicos com luvas de procedimentos;
- Orientar e assistir o cliente com relação aos efeitos colaterais;
- Diluir a droga em água e administrá-la logo em seguida;
- Comunicar com o médico imediatamente, se o cliente vomitar;
- Administrar antiemético prescrito pelo médico, se presença de vômitos persistentes;
- Fazer anotações de enfermagem descritiva.

Via endovenosa

Vantagens:

- Efeito imediato e completa disponibilidade da medicação.

Desvantagens:

- Esclerose venosa, hiperpigmentação da pele.

Potenciais complicações:

- Infecção, flebite, formação de vesículas ou necrose quando extravasamento.

48.8 DISPOSITIVOS UTILIZADOS PARA APLICAÇÃO DO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICA

A escolha do local e dos equipamentos adequados é determinada pela idade do cliente, estado das veias, medicamentos a serem infundidos e tempo esperado de infusão.

Tipos de dispositivos:

- Intravenosos Curto: cateter teflon, íntima e escalpe.
- Intermediário: intracath Semi-implantado: PICC e tenckhoff.
- Totalmente implantado: port-a-cath.

Cuidados de enfermagem na aplicação por via endovenosa:

- Puncionar veia calibrosa;
- Escolher a veia periférica mais distal dos membros superiores e de maior calibre acima das áreas de flexão;
- Fixar o dispositivo de uma maneira que facilite a visualização do local da inserção do cateter para a avaliação de extravasamento;
- Certificar se o acesso venoso está pérvio com soro fisiológico ou água destilada antes de iniciar a quimioterapia;
- Usar three way para facilitar na manipulação medicamentosa;
- Administrar o quimioterápico em bolus, infusão rápida e lenta ou contínua, conforme prescrição médica;
- Não administrar quimioterápicos vesicantes sob infusão contínua através de um acesso venoso periférico;
- Interromper a infusão quando houver: edema, hiperemia, diminuição ou parada do retorno venoso e dor no local da punção;
- Seguir protocolo da instituição em caso de extravasamento do quimioterápico;
- Lavar a veia puncionada com SF 0,9% antes de retirar o dispositivo da punção;
- Fazer compressão local por 3 minutos após a retirada do dispositivo para evitar o refluxo do quimioterápico e sangue;

- Observar presença de complicações locais associados à administração dos quimioterápicos por veia periférica: flebite, urticária, vasoespasmos, dor, eritema, descoloração, hiperpigmentação venosa e necrose tecidual secundária ao extravasamento.
- Assistir e orientar o cliente com relação aos efeitos colaterais;
- Fazer anotações de enfermagem.

48.9 EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS

O extravasamento do quimioterápico é definido como infiltração acidental da droga no tecido subcutâneo circunjacente e seus efeitos tóxicos locais variam, podendo causar dor, necrose tissular ou descamação do tecido. O potencial vesicante de uma droga, o volume extravasado, o sítio de infiltração e o tempo de exposição à droga serão fatores decisivos para determinar a extensão da lesão.

Sinais e sintomas do extravasamento:

- Diminuição ou parada total do fluxo de soro;
- Queixa de queimação em volta da punção;
- Dor tipo agulhada ou pontada;
- Edema no local da punção;
- Cessação do retorno venoso.

Fatores de riscos para o extravasamento:

- Clientes que não podem relatar os sintomas;
- Clientes com enfermidades vasculares, diabetes, síndrome de Raynaud, etc...
- Clientes idosos, devido à fragilidade vascular;
- Clientes com infusão contínua por longo período;
- Utilização de bombas de infusão;
- Dispositivos inadequados;
- Localização inadequada da punção.

Medidas de prevenção para evitar o extravasamento:

- Conhecer os quimioterápicos com potencial vesicante;
- Ter habilidade na administração do medicamento;

- Evitar administração de fármacos vesicantes em veia periférica puncionada com escalpe;
- Observar permeabilidade e presença de sinais flogísticos em veias puncionadas há mais de 24 horas.
- Evitar punções em veias dos membros inferiores, membros de aplicação de radioterapia, do mesmo lado de mastectomia ou lesões metastáticas, veias com múltiplas punções e em articulações;
- Evitar a fossa anticubital;
- Fixar a punção de maneira que permita a visualização do local da punção;
- Administrar primeiro os quimioterápicos com menor poder vesicante;
- Observar constantemente a área puncionada;
- Orientar o cliente a observar e relatar as anormalidades que poderão surgir;
- Infundir 20ml de SF0,9% na veia puncionada, ao finalizar a administração do fármaco.

Intervenções frente ao extravasamento de quimioterápicos

A enfermagem deverá manter observação rigorosa durante todo o período em que estiver sendo infundida a quimioterápica, procurando detectar precocemente os extravasamentos.

✓ Ações:

Enfermeiro/técnico de enfermagem

- Interromper imediatamente a infusão do quimioterápico instalado, quando observar sinais e sintomas de extravasamento;
- Não retirar a agulha;
- Aspirar, pela agulha, a medicação extravasada residual o quanto puder;
- Injetar o antídoto pela mesma agulha, **conforme prescrição médica**;
- Injetar antídoto subcutâneo ou passar antídoto tópico conforme o protocolo ou prescrição médica;
- Remover a agulha;
- Evitar aplicar pressão no local suspeito de infiltração;
- Cobrir levemente com um curativo estéril oclusivo;

- Aplicar compressa aquecida conforme indicação ou compressas geladas conforme indicação;
- Orientar o cliente a manter o membro elevado por 48 horas;
- Observar regularmente a presença de dor, eritema, rigidez ou necrose;
- Documentar o tratamento do extravasamento: data, hora, local/dispositivo inserido, sequência de medicamentos, notificação do médico e tratamento de enfermagem.

48.10 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS DO TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA

Os quimioterápicos podem causar efeitos colaterais adversos e a toxicidade varia de gravidade de acordo com a resposta individual do cliente à quimioterapia.

Os efeitos colaterais mais frequentes são: mielossupressão, náuseas e vômitos.

✓ **Diagnóstico de enfermagem:**

Déficit de conhecimento relacionado aos efeitos colaterais da quimioterapia.

✓ **Intervenções de enfermagem:**

- Avaliar o nível educacional, capacidade, desejo de aprender e barreiras ao aprendizado.
- Avaliar a compreensão acerca do tratamento planejado.
- Identificar junto à família um responsável para participar da assistência.

✓ **Diagnóstico de enfermagem:**

Risco para lesão relacionado à alteração do sistema imunológico e a fatores de coagulação.

✓ **Intervenções de enfermagem:**

- Monitorar as contagens sanguíneas, hemoglobina, tempo de protrombina, TTP e contagem de plaquetas.
- Avaliar o tipo de tratamento e os medicamentos em uso (ácido acetilsalicílico, anticoagulantes) que podem alterar os tempos de sangramento e coagulação.

- Avaliar os fatores que podem alterar o processo de coagulação – febre, sepse, função hepática alterada e função da medula óssea.
- Observar e relatar sintomas: equimoses, sangramento nos locais de acesso venoso, nariz, gengivas, vagina reto, hemoptise, hematêmese, sangue nas fezes, melena intermitente ou
- Perda abundante, aumento de fluxo menstrual usual, alteração dos sinais vitais, petéquias e hematomas espontâneos.

✓ **Diagnóstico de enfermagem:**

Nutrição alterada: ingestão abaixo das necessidades corporais relacionadas à náuseas e vômitos.

✓ **Intervenções de enfermagem:**

- Avaliar quantidade, cor, consistência e frequência dos vômitos e episódios de náuseas.
- Determinar que fatores facilitam e/ou impedem as náuseas e vômitos.
- Avaliar as possíveis variações do peso: antes de apresentar os sintomas da doença, na época do diagnóstico e antes de iniciar o tratamento. Registrar perdas e ganhos.
- Monitorar os valores laboratoriais: albumina sérica, níveis séricos de transferrina, hemograma e eletrólitos.
- Avaliar a história dietética: hábitos e preferências alimentares (tipo de alimento ingerido no café da manhã, almoço, jantar e lanches).

✓ **Diagnóstico de enfermagem:**

Risco de infecção: imunossupressão, lesão na pele ou contaminação de suprimentos.

✓ **Intervenções de enfermagem:**

- Potencializar as intervenções de enfermagem na fase nadir (imunodepressão).
- Instruir e monitorar os clientes acerca da técnica de lavagem de mãos antes/após as refeições, após o uso de banheiro e antes de qualquer atividade de autocuidado relacionada com o tratamento.

- Restringir visitantes com infecções potenciais ou recentemente imunizados com vacinas de vírus vivos atenuados (DPT, MMR).

48.11 AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE À REAÇÃO ANAFILÁTICA PROVOCADA PELO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO

- Os medicamentos e dispositivos de emergência deverão estar disponíveis e armazenado em local de fácil acesso em todas as unidades de internação.
- Os medicamentos especificados serão: aminofilina, hidrocloreto de difenidramina, dopamina, epinefrina, heparina e hidrocordisona e soluções isotônicas.
- Os dispositivos especificados serão: cateteres e máscaras respiratórias, cateteres de aspiração, equipos e dispositivos para acesso venoso.
- O atendimento das urgências relacionadas à administração de quimioterápicos deverá ser feito de acordo com o protocolo institucional.

✓ Ações

Enfermeiro:

- Suspender imediatamente a infusão do medicamento;
- Instalar solução isotônica na linha de infusão e aumentar a vazão (segundo prescrição médica);
- Verificar os sinais vitais;
- Instalar oxigênio por meio de máscara a 10 litros/minutos, se detectado padrão respiratório ineficaz;
- Atuar junto com o médico nas intervenções;
- Administrar as medicações prescritas;
- Verificar com o médico a continuidade da infusão da droga;
- Registrar o incidente no prontuário do cliente.

Técnico de Enfermagem:

- Providenciar o material de emergência
- Auxiliar o médico e o enfermeiro no atendimento.

OBS: Caso seja indicado manter a infusão, infundir o quimioterápico em uma velocidade menor que a inicial.

48.12 REFERÊNCIAS

- ARCHER, E, et al. Protocolo de quimioterapia. In: **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005, 408p.
- BONASSA.E. M.. **Quimioterapia na Enfermagem**. São Paulo: Ed.Atheneu, 2005. 538p. NR32 segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução 210 de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. In: **COFEn**. Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo, 2001. p. 207.
- MILLER, D. Quimioterapia. In: **Administração de medicamentos**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, p. 369-82, 2002.

48.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	14/10/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves
Ianni Emmanuela Santana de Almeida
Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim
Maria Virgínia pires Miranda

Análise / Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)

Data: ____/____/____

49. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE INSULINAS

49.1 DEFINIÇÃO

É a administração de dois tipos de insulinas simultaneamente no mesmo horário.

49.2 OBJETIVO

Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação. Evitar duas aplicações subcutâneas desnecessárias.

49.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

49.4 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

49.5 MATERIAL NECESSÁRIO

Bandeja, luva de procedimento, agulha de aspiração, agulha 13x4,5mm, seringa de 1 ml, álcool a 70%; frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

49.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;
- Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo
- Realizar a higienização das mãos;

- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento; calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antissepsia do local.
- Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Inserir em único movimento a seringa com a agulha 13x4,5mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90º;
- Injetar lentamente a insulina com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

49.7 RECOMENDAÇÕES

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico;
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);
- Fazer sempre rodizio de os locais de aplicação da insulina, usar a mesma área por muito tempo pode provocar caroços ou depósitos de gordura extra, formando nódulos. Essas lesões não são apenas feridas, mas também podem alterar a forma como a insulina é absorvida, tornando mais difícil manter o controle glicêmico.
- **Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;**

- Não reencapar a agulha.

49.8 BIBLIOGRAFIA

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos da Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009

KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004

BARE, B.G.; SUDDARTH, D.S. Brunner – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

49.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª versão	04/11/2020	

Validação Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)	
Elaboração/ Revisão Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim Ianni Emmanuela Santana de Almeida Laiany Naiara Barros Gonçalves Maria Virgínia Pires Miranda	
Análise Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)	

Aprovação Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)	

50. SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

50.1 DEFINIÇÃO

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar:

- A ação;
- As interações; e
- Os efeitos colaterais.

Tipos de erros:

- **Erro de medicação**: é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente.
- **Erro de prescrição**: erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica.
- **Erros de dispensação**: pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela **equipe da farmácia** quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial.
- **Erros de administração**: erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital

50.2 OBJETIVO

Prevenir os erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, tornando relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

50.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS/ ABRANGÊNCIA

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas por todos os profissionais envolvidos no processo de administração, respectivamente a equipe de enfermagem

50.4 INDICAÇÃO

Esse protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes internados, ou não, que necessitem do uso de medicações no ambiente hospitalar

50.5 MATERIAL NECESSÁRIO

Formulário de uso específico para antimicrobianos, sistema informatizado para prescrições médicas, material para separação de medicamentos e dispense individual para cada leito.

50.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Identificação do paciente

Na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

Identificação do prescritor na prescrição

Deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

Identificação da instituição na prescrição

Ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

Aprazamento das medicações

O aprazamento de prescrições medicamentosas refere-se ao planejamento dos horários e intervalos de administração dos medicamentos, que devem ser realizados pela equipe de enfermagem, procedimento que geralmente corresponde à rotina da unidade e via de regra, tem validade por 24 horas.

Para a sua execução é necessário a aplicação de vários princípios científicos que fundamentam a ação do enfermeiro, de forma a promover a segurança do paciente, incluindo as interações e reações medicamentosas associadas às drogas (SILVA, 2010).

O aprazamento das medicações, bem como a orientação e supervisão da administração dos fármacos, é de **responsabilidade do enfermeiro**, pois ele é o profissional habilitado e com conhecimento técnico-científico para a realização deste procedimento (ROCHA, et. al., 2016).

Identificação da data de prescrição

É imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

Legibilidade

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos **sem** o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação.

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: **DOPamina** e **DOBUtamina**; **ClorproPAMIDA** e **ClorproMAZINA**; **VimBLASTina** e **VinCRISTina**.

Expressão de doses

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de Alta Vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de Alta Vigilância, especialmente anticoagulantes, opióides insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado. Estes deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

50.7 OBSERVAÇÕES

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

- **Urgência/emergência:** quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- **Caso necessário:** quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- **Baseada em protocolos:** quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- **Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa
- **Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e
- **Verbal:** utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista. O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. Deverão permanecer nas unidades de internação

APENAS os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

50.8 RISCOS RELACIONADOS

Todos os eventos adversos envolvendo erros de medicação no que diz respeito a prescrição, administração, preparo e dispensação devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

50.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

50.10 REFERÊNCIAS

BRASIL, Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, 2013

50.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	09/09/2020	Complemento nos itens 1 (Definição) e 6 (Descrição do Procedimento)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Laiany Nayara Barros Gonçalves
Ianni Emmanuela Santana de Almeida
Maria Virginia Pires de Miranda
Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim
Renata Marques da Silva

Margarida Maria Paiva Matos

Análise / Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)

Data: ____/____/____

51. ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CÂNULA NASAL TIPO ÓCULOS

51.1 DEFINIÇÃO

Administração de oxigênio, a uma pressão maior que a encontrada no ar ambiente, para aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual. Para oferta de O₂ é utilizado um dispositivo constituído por um tubo plástico ou de silicone com duas saídas de ar que devem ser colocadas nas narinas do paciente. A FiO₂ ofertada não é constante, podendo variar de 24% a 40%.

51.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de administração de Oxigenoterapia de forma a aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário. Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual. Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

51.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Médicos.

51.4 INDICAÇÃO

- Infarto agudo de miocárdio;
- Anemia aguda;
- Meta- hemoglobina;
- Intoxicação por monóxido de carbono;
- Diminuição do débito cardíaco;
- Hipotensão arterial;
- Taquicardia;
- Bradicardia;
- Cianose;
- Dispnéia;
- Dor torácica;
- Disfunção neurológica aguda;

51.5 VANTAGENS

- Confortável por longos períodos de tempo;
- Não invasivo;
- Não impede a fala, a tosse e a deglutição;
- Não há risco de reinalação de CO₂.

51.6 DESVANTAGENS

- Fluxo permitido de O₂ de 1 a 5 L/min;
- Utilizado apenas por pacientes respiradores nasais;
- Fluxos maiores podem causar irritação da mucosa nasal, ressecamento, dermatite e até sangramento.

51.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Cateter nasal tipo óculos;
- 01 unidade de gazes;
- Água destilada;
- Esparadrapo;
- Fluxômetro regulador do fluxo de oxigênio;
- Luvas de procedimento;
- Oxigênio canalizado;
- Bandeja de inox;
- Frasco umidificador;
- Intermediário de silicone estéril.

51.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar o paciente e explicar o procedimento a ser realizado;
- Lavagem das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos / CCIRAS;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio;
- Encher o umidificador com água destilada até 2/3 de sua capacidade;
- Conectar a tampa do umidificador ao frasco e posteriormente ao fluxômetro;
- Colocar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no cateter nasal;

- Abrir o fluxômetro e verifique se há borbulhamento da água;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 5 l/min;
- Fazer a higiene das narinas utilizando gazes e soro fisiológico a 0,9%;
- Avaliar as narinas quanto a integridade, desvio de septo e perviedade, solicitando ao paciente que assoe uma narina e oclua a outra;
- Colocar o cateter nas narinas ajustando-o atrás do pavilhão auricular e sob o queixo ou em volta da cabeça;
- Orientar ao paciente que respire apenas pelo nariz, mantendo a boca fechada;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Acondicionar adequadamente o cateter nos casos de suspensão do uso de oxigênio conforme orientação da CCIRAS;
- Trocar o sistema quando apresentar sujidade conforme orientação da CCIRAS;
- Colocar a data de instalação do sistema;

51.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

51.10 OBSERVAÇÕES

- Ausência de borbulhamento na água do umidificador, verifique se o fluxômetro estar adaptado adequadamente, caso persista troque o umidificador;
- O umidificador deve ser submetido a limpeza e desinfecção de alto nível a cada 7 dias;
- Deve-se passar álcool a 70% a cada uso do cateter nasal, o mesmo é individual e não necessita de troca programada;
- Observar desconforto ou lesões no pavilhão auricular, devido a uma fixação inadequada;
- Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no umidificador.

51.11 REFERÊNCIAS

SEABRA, A et.al. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem . Instruções de trabalho de Enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611p. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2869.pdf>>. Acesso em: 14/06/2015.

SILVA, Cláudia Maria de Melo Franco et al. Instruções de trabalho de enfermagem: **Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611 p. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/enfermagem/links/9679fe28253aaf82c5629df40ba7412855dc3721.pdf>. Acesso em: 12 jul de 2015.

SMELTZER, SC.; BARE, BG. Brunner & Suddart: Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 8ª.ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2013.

POP: Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos—Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro—Uberaba: EBSERH –Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+19+Oxigenoterapia+hospitalar+aprovado.pdf/ccd04e6e-2aa9-4f59-a8a3-ac7b3eb14f30>. Acesso em: 02/09/2020.

POP: Oxigenioterapia por cateter nasal (tipo óculos). Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. 2017. Disponível em: http://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/POP-Oxigenioterapia-por-Cateter-Nasal-Tipo-Oculos-GE-OCN_74.pdf. Acesso: 02/09/2020.

AFONSO, S.R; FONSECA, A.S. Construção de guia de habilidades para a Enfermagem. 1.ed. São Paulo: Centro Paula Souza, 2020. Disponível em: <http://www.cpscetec.com.br/repositorio/> Acesso em: 02/09/2020.

51.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	24/09/2020	Complementações nos itens: 2 (Definição), 8 (Descrição do procedimento) e 10 (Observações). Inserção dos itens: 3 (Vantagens) e 4 (Desvantagens).

Validação

Data: ____/____/____

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Elaboração/Revisão

Cristina Maria Félix Crispiniano

Lucas Borges de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

52. ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA DE VENTURI

52.1 DEFINIÇÃO

Administração de oxigênio a uma concentração maior que a encontrada no ar ambiente, a fim de aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual, através do dispositivo máscara de Venturi.

52.2 OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo, com intuito de promover uma oxigenação tecidual adequada e/ou para promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

52.3 ABRANGÊNCIA /PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente

52.4 INDICAÇÃO

De acordo com a prescrição médica e em situações de urgência ou emergência. Indicado para pacientes que necessitem de concentrações exatas de fração de oxigênio (FiO₂), como por exemplo pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Indicado também para pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda grave e para pacientes que estão no processo de desmame ventilatório.

52.5 PERIODICIDADE

De acordo com a avaliação, a oxigenoterapia é indicada sempre em situações de hipoxemia, ou seja, quando a $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ e $SpO_2 < 90\%$, em ar ambiente e repouso, e/ou $SpO_2 < 88\%$ durante exercícios ou sono em cardiopatas ou pneumopatas.

52.6 VANTAGENS

- Permite selecionar com exatidão a FiO_2 desejada;
- Protege contra dosagens nocivas de Oxigênio;
- Leve e bem tolerada pelo paciente.

52.7 DESVANTAGENS

- Desloca-se facilmente;
- Impossibilita o paciente de comer enquanto usa.

52.8 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
- 01 Fluxômetro para oxigênio;
- 01 Máscara de Venturi;
- 01 Traqueia;
- 01 Frasco umidificador;
- 01 Intermediário de silicone estéril;
- 01 Frasco de água bidestilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 Bandeja de aço inox;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 Pacote de gaze estéril;
- 01 impresso para anotação.

52.9 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;

- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir os materiais necessários;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento e capote, se necessário;
- Testar a saída de oxigênio na régua de gases ou rede portátil (torpedo de oxigênio);
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra na válvula da Máscara de Venturi, a qual se adapta a uma traqueia que se conecta a máscara;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável, em decúbito dorsal 45° a 60°;
- Colocar a máscara na face do paciente de forma bem adaptada ajustando o elástico em volta da cabeça;
- Caso o paciente seja traqueostomizado, posicionar a máscara apropriada na região em frente a traqueostomia e ajustar a fixação ao redor do pescoço do paciente;
- Abrir um pouco o fluxômetro deixando sair o oxigênio para evitar uma eventual saída intempestiva e verificar o borbulhamento da água no umidificador;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;
- A FiO₂ é ajustada trocando-se os conectores coloridos que varia de 24 a 50%, conforme Quadro 1, abaixo:

Quadro 1 – Tipo de válvula, cor, concentração de O₂ e Fluxo de Oxigênio.

CONECTOR	CONCENTRAÇÃO	FLUXO DE OXIGÊNIO
AZUL 15 l/min	24%	4 l/min
AMARELO	28%	4 l/min
BRANCO	31%	6 l/min

VERDE	35%	8 l/min
ROSA	40%	10 l/min
LARANJA	50%	

- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Em caso de suspensão temporária, guardar a máscara devidamente acondicionada e protegida;
- Retirar as luvas e capote, se utilizado, e higienizar as mãos;
- Reavaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas;
- Registrar em prontuário conforme item seguinte.

52.10 REGISTRO

Registrar em prontuário a data, a hora do início e do término e o volume do oxigênio administrado. Assinar e carimbar.

52.11 OBSERVAÇÕES

- Se não houver borbulhamento da água no umidificador checar se o fluxômetro está conectado corretamente. Se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de anormalidade;
- A troca da máscara deve ocorrer a cada sete dias ou quando a mesma estiver contaminada, com sujidade ou danificada;
- Repor a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível de 1/3 da sua capacidade;
- Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no umidificador;
- Não retornar para o reservatório a água que esteja acumulada no extensor intermediário. Esta também deverá ser desprezada.
- Observar desconforto ou lesões no pavilhão auricular, devido a uma fixação inadequada.

52.12 REFERÊNCIAS

SEABRA, A. *et.al.* **Instruções de Trabalho de Enfermagem:** Hospital das Clínicas da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2869.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

PAZ, A.; CHAVES, S.; BISAGNI, C.; ALMEIDA, C. **Administração de Oxigênio – Cateter Nasal e Máscara de Venturi.** Procedimento Operacional Padrão. Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). 2014. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC.013.ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20DE%20OXIGENIO.pdf>. Acesso em 01 jun. 2015.

POP: Fisioterapia Hospitalar em Pacientes Adultos–Oxigenoterapia–Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS –Campo Grande/MS: EBSERH– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017.

52.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	24/09/2020	Inserção do item: 5 (Periodicidade). Complementações nos itens: 07 (Descrição do procedimento) e 09 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Jucilene Rosangela de Sá Andrade Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

53. AEROSSOLTERAPIA

53.1 DEFINIÇÃO

É a administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido, com ou sem medicação nas vias aéreas superiores (VAS).

53.2 OBJETIVO

Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; umidificar a via aérea superior; facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares; liquefazer secreção brônquica resistentes com uso de mucolítico; diminuir a inflamação através da associação de corticoides; umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas.

53.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

53.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

53.5 INDICAÇÃO

De acordo com a prescrição médica.

53.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Oxigênio ou ar comprimido canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
- Medicamento prescrito;
- 01 Nebulizador com copinho e circuito;
- 01 Fluxômetro;
- Bandeja;
- Papel toalha.

53.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente;
- Se possível, apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Separar e preparar os materiais;
- Colocar o líquido e o medicamento prescritos no copo do nebulizador;
- Usar somente fluidos estéreis para nebulização manipulando-os assepticamente e ao usar frascos de medicamentos multidose, manuseá-los e guardá-los de acordo com instruções do fabricante e de preparo de medicamento;

- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio;
- Rosquear a tampa do frasco de nebulizador e adaptar à máscara;
- Adaptar a extensão do nebulizador ao fluxômetro;
- Colocar o paciente com cabeça elevada em posição confortável e segura, preferencialmente
- Ligar o oxigênio ou ar comprimido em torno de 7 litros/minuto, observando a formação do vapor;
- Adaptar a máscara às vias aéreas do paciente (nariz/ boca/ traqueostomia/ tubo endotraqueal);
- Se paciente consciente, explicar para inalar profundamente, permanecendo com a boca semi-aberta, sem conversar, mantendo os olhos fechados;
- Observar as possíveis reações do paciente (taquicardia, palpitações, tremores, entre outras) e o funcionamento da nebulização;
- Interromper a nebulização se ocorrer alguma reação ao medicamento e comunicar ao enfermeiro ou ao médico;
- Manter a nebulização até o término da solução;
- Se paciente consciente, oferecer papel toalha e orientar para escarrar caso haja expectoração e desprezar no lixo;
- Desligar oxigênio ou ar comprimido após o término do medicamento ou do vapor;
- Se paciente intubado ou traqueostomizado, observar a necessidade de aspiração traqueal, de acordo com POP 8.2;
- Proteger o nebulizador, copinho e circuito;
- Proceder à higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, se houver presença de secreção;
- Trocar todo o sistema a cada 24 horas ou sempre que contaminado e encaminhá-lo para limpeza e esterilização;
- Higienizar as mãos.

53.8 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário, atentando para a data, o horário do procedimento, se houve alguma reação e/ou aspecto da secreção eliminada; assinar e carimbar.

53.9 OBSERVAÇÕES

- Realizar nebulização em ar comprimido apenas em casos específicos ou quando o paciente já esteja utilizando o oxigênio;
- Segundo as normas de terapêutica inalatória, o tempo de nebulização deve ser entre 10-15 minutos (ideal 10 minutos na idade pediátrica). Sendo fornecida a maior parte do fármaco nos primeiros cinco minutos da nebulização;
- Uma inalação lenta e profunda, por via oral, com pausa inspiratória de 5 a 10 segundos e uma expiração rápida são as manobras recomendadas para maximizar a deposição intrabronquial;
- **Riscos relacionados:** Ao conectar o fluxômetro à saída de oxigênio, cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- **Cuidados Especiais:** Se não houver produção de vapor verificar se a conexão do fluxômetro está correta, se não há impedimento na passagem de ar pelos canalículos na tampa do copo de nebulização e se o anteparo está posicionado corretamente; se persistir, trocar o nebulizador.

53.10 REFERÊNCIAS

POTTER, P. A & PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 2012. 1400p

GUERRERO. GP, BECCARIA, L. M., TREVISAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev. Latino-Am Enfermagem 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 18 de setembro de 2015.

POP: Cuidados com Oxigenação por Nebulização.2014. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/OXIGENACAO/CUIDADOS_OXIG_NEBULIZACAO. Acesso em: 02/09/2020.

AGUIAR, Rita et al. Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 9-26, mar. 2017. Disponível em

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212017000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 set. 2020.

53.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	24/09/2020	Complementações nos itens: 07 (Descrição do procedimento) e 09(Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Saulo Bezerra Xavier

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

54. ASPIRAÇÃO DA SECREÇÃO TRAQUEAL

54.1 DEFINIÇÃO

É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).

54.2 OBJETIVO

Compensar a expectoração espontânea, manter a permeabilidade das vias aéreas e aumentar a eficiência respiratória. O procedimento é considerado rotineiro e evidente para pacientes entubados ou traqueostomizados.

54.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

54.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos.

54.5 INDICAÇÃO

- Presença de secreção no tubo endotraqueal ou traqueóstomo;
- Curva dentada no gráfico Fluxo x Volume ou Fluxo x Tempo;
- Roncos na ausculta pulmonar.

54.6 CONTRA-INDICAÇÃO

- Pacientes instáveis clinicamente;
- Distúrbio hemogasimétricos importantes;
- Pacientes sem drive respiratório;
- Instabilidade eletrolítica;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hemoglobina menor que 7mg/dl.

54.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- EPI – Equipamento de proteção individual (luvas, gorro, máscara cirúrgica, óculos protetor e capote não estéril);
- Um par de luvas de procedimento;
- Um par de luva estéril;
- 10ml de soro fisiológico;
- 20ml de água destilada;
- Um cateter de aspiração (selecionar o número adequado da sonda de acordo com diâmetro do tubo ou da cânula) quando o sistema é aberto ou uso de aspiração por sistema fechado;
- Um látex/extensão para aspiração;
- Um sistema de vácuo fixo ou portátil.

54.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Utilizar o Equipamento de proteção individual;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Posicionar o paciente adequadamente (30° a 45°);
- Hiperoxigenar o paciente;
- Orientar/informar o paciente sobre o procedimento;
- Abrir a embalagem do cateter de aspiração (abrir a embalagem do cateter apenas expondo a parte que será conectada ao extensor/látex, ou se preferir pode-se expor o cateter em campo estéril, que pode ser o invólucro das luvas estéreis);
- Calçar as luvas estéreis;
- Retirar o invólucro com a mão esquerda, segurando o cateter com a mão direita;

- Ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar a oxigenoterapia que o paciente estiver submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Com uma das mãos conectar o cateter à extensão do sistema de aspiração, com atenção para que não haja contaminação;
- Desconectar a oxigenoterapia que o paciente estiver submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Inserir o cateter sem pressão negativa e retirá-lo aspirando, com movimentos rotatórios;
- Instilar 1ml de soro fisiológico no tubo endotraqueal, caso o paciente esteja intubado, e se a secreção for espessa;
- Reconectar o paciente ao dispositivo de oxigênio em que ele estava submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Aguardar o paciente se recuperar para repetir o procedimento, quantas vezes for necessário;
- Aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
- Após o procedimento, realizar lavagem do sistema de aspiração com 20ml de água destilada ou soro fisiológico;
- Retirar o cateter de aspiração do sistema de aspiração, deixando a extremidade do sistema protegido, pode ser com a embalagem da sonda de aspiração;
- Caso o paciente estiver em uso de Tubo orotraqueal ou traqueóstomo, observar fixação;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

54.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário, incluindo a descrição do aspecto, características, coloração, quantidade e possíveis intercorrências.

54.10 OBSERVAÇÕES

- Seguir sempre a sequência Tubo/Traqueóstomo – Nariz – e Boca;
- O tamanho da sonda de aspiração deve ser a de menor diâmetro possível para uma sucção adequada, recomenda-se utilizar a seguinte fórmula para escolher o tamanho ideal: $N^{\circ} \text{ da sonda} = (n^{\circ} \text{ do TOT/TQT} - 2) \times 2$;

- Secreções mais viscosas podem necessitar de sondas mais calibrosas;
- Recomenda-se o ajuste da pressão de vácuo em 80-120 mmHg. Pressões excessivas podem estimular vômito (reflexo vago);
- Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade esvaziá-lo antes do procedimento;
- A aspiração somente deverá ser realizada quando necessária, isto é, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo volume observado na tela do ventilador);
- Caso o indivíduo que estiver realizando a aspiração seja canhoto, a descrição deverá ser invertida, ou seja, onde diz mão direita considerar esquerda;
- **Não aspirar por mais de 15 segundos e deixar intervalos de alguns segundos entre cada aspiração, intercalando com o oxigênio;**
- Observar o valor da oximetria de pulso e frequência respiratória no momento da aspiração;
- O soro fisiológico só deve ser usado em casos necessários (secreção espessa e rolhas);
- **Caso houver resistência na retirada do cateter durante a aspiração (colabamento na mucosa traqueal) deve-se desconectar a fonte de sucção e retirar o cateter.**

54.11 REFERÊNCIAS

SARMENTO A. R. *et al* Inspiratory Muscle Training in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Structural Adaptation and Physiologic Outcomes. **Am J Respir Crit Care Med.** V 166. p 1491–1497, 2002.

Fisioterapia Hospitalar no Paciente Adulto – Condutas para Reabilitação Respiratória – Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS –Campo Grande/MS: EBSERH –Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017.

54.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO

2ª versão 24/09/2020

Complementações nos itens: 08 (Descrição do procedimento) e 10 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Fabício Olinda de Souza Mesquita

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Renata Marques da Silva

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

55. ASPIRAÇÃO DA SECREÇÃO TRAQUEAL

55.1 OBJETIVO

Garantir o correto abastecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos nos Kits de Intubação Orotraqueal da instituição e auxílio ao profissional médico durante a realização deste procedimento, visando o pronto atendimento aos pacientes em situação de emergência.

55.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

55.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

55.4 INDICAÇÃO DE ABERTURA

Necessidade manter uma Via Aérea Avançada no paciente. Trata-se do principal tipo de via aérea não cirúrgica. É a mais utilizada e com os melhores resultados. A abertura do kit de intubação orotraqueal também deverá ocorrer rotineiramente para conferência mensal.

55.5 PROCEDIMENTOS

Em caso de atendimento de emergência:

- Romper o lacre do kit;
- Localizar os medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários, conforme Ccheck List presente no Anexo A;
- Após o término do atendimento, conferir os insumos médico-hospitalares utilizados, para que haja sua devida reposição pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Conferir e anotar os medicamentos utilizados no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal, presente no Anexo B;
- Preencher os demais campos do Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal presente no Anexo B;
- Fazer o pedido dos insumos médico-hospitalares utilizados ao setor de Almoxarifado;
- Fazer o pedido dos medicamentos utilizados ao setor de Farmácia;
- Fazer a reposição de todos os materiais utilizados, colocar e anotar o número do novo lacre no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal, presente no Anexo B.

Em caso de conferência mensal:

- No 1º dia de cada mês, romper o lacre do kit;
- O Enfermeiro (a) responsável deve manusear os equipamentos, montar e testar o ambu e o laringoscópio;
- Durante a realização do teste do laringoscópio, se a luz não acender, trocar as pilhas e caso persista o problema, encaminhar para substituição;
- Fazer a conferência das validades e quantidades de cada item presente no Ccheck List do Kit de Intubação Orotraqueal, conforme Anexo A;
- Retirar os itens “vencidos” e/ou inapropriados para uso;
- Substituir todos os itens retirados, mediante pedido feito pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Colocar novo lacre;

- Registrar no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal presente no Anexo B, preenchendo todos os campos pertinentes.

Ações da equipe durante o procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Testar o laringoscópio;
- Abrir a cânula endotraqueal e testa-la conforme recomendação do fabricante;
- Colocar o fio guia dentro da cânula endotraqueal com técnica asséptica;
- Lubrificar a ponta da cânula endotraqueal com 3 ml de xilocaína gel;
- Testar o ambu e conectá-lo a fonte de oxigênio com umidificador e extensão de látex;
- Conectar sonda de aspiração ao sistema de vácuo;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar avental descartável de mangas longas;
- Colocar óculos de proteção;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar prótese dentária (se houver);
- Aspirar vias aéreas superiores (se necessário);
- Manter paciente sob ventilação - bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O₂ e máscara de silicone ligada à rede de O₂;
- Oferecer laringoscópio com lâmina ao médico (conforme solicitação);
- Oferecer cânula endotraqueal ao médico (conforme numeração solicitada);
- Retirar o fio guia da cânula endotraqueal;
- Insuflar ar no *cuff* conforme orientação do fabricante;
- Conectar a bolsa de ventilação com pressão positiva e reservatório de O₂ à cânula e insuflá-la;
- Esperar a confirmação médica da posição da cânula endotraqueal;
- Fixar a cânula endotraqueal;
- Adaptar a cânula endotraqueal ao ventilador mecânico;
- Observar o padrão respiratório do paciente.

55.6 MEDICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA INTUBAÇÃO

- Analgésico Opióide: Fentanil 50mcg/ml;
- Hipnótico sedativo: Midazolam 5mg/ ml; Etomidato

- Bloqueador Neuromuscular: Succinilcolina 100mg/ml.

55.7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: < http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf >.

BRASIL. RDC n°57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES >.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO. Realização do teste do laringoscópio. 2017. Coordenadoria de Urgência/SESAU Campo Grande. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2017/12/POP-ENF-URG-N%C2%BA31-REALIZA%C3%87%C3%83O-TESTE-LARINGOSC%C3%93PIO.pdf>. Acesso em 08/09/2020.

Portal PEBMED. Whitebook: passo a passo da intubação orotraqueal. Disponível em: <https://pebmed.com.br/whitebook-passo-a-passo-da-intubacao-orotraqueal/>. Acesso em 08/09/2020.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Modalidade de Cuidados Respiratórios. In: Bruneer & Sudarth: Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap 25, p. 634-681.

CASTIGLIA, Y. M. M. Fundamentos da assistência ventilatória In: BRAZ, J. R.C. e MARCONDES, Y. Temas de anestesiologia, 2º ed. Botucatu: Ed. Unesp, 2000. Cap 14. P. 187-198. 3. TALLO, F.S ET AL. Intubação Orotraqueal e a técnica da sequência rápida: Uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011.

55.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	24/09/2020	Complementações nos itens 02 (OBJETIVO), 04 (INDICAÇÃO DE ABERTURA) e 05 (PROCEDIMENTOS); inserção do item 06(MEDICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA INTUBAÇÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

João Marcel Porto Alves

Paula Nayara Menezes dos Santos

Sâmia Letícia Lima Ribeiro

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Matheus da Cruz Barreto

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

56. ABERTURA DO KIT DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

56.1 OBJETIVO

Garantir o correto abastecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos nos Kits de Traqueostomia da instituição, visando o pronto atendimento aos pacientes em situação de emergência.

56.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

56.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

56.4 PROCEDIMENTOS

Em caso de atendimento de emergência:

- Romper o lacre do kit;
- Localizar os medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários, conforme Ckeck List presente no Anexo A;
- Testar o balonete da cânula selecionada;
- Fixar a cânula com cadarço ao redor do pescoço, após o médico realizar o procedimento;
- Fazer curativo com gaze sob as asas laterais da cânula;
- Realizar aspiração traqueal;
- Proceder aos registros de enfermagem;
- Após o término do atendimento, conferir os insumos médico-hospitalares utilizados, para que haja sua devida reposição pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Conferir e anotar os medicamentos utilizados no Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B;
- Preencher os demais campos do Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B;
- Fazer o pedido dos insumos médico-hospitalares utilizados ao setor de Almoxarifado;
- Fazer o pedido dos medicamentos utilizados ao setor de Farmácia;
- Fazer a reposição de todos os materiais utilizados, colocar e anotar o número do novo lacre no Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B.
- **Em caso de conferência mensal:**
 - No 1º dia de cada mês, romper o lacre do kit;
 - O Enfermeiro (a) responsável deve fazer a conferência das validades e quantidades de cada item presente no Ckeck List do Kit de Traqueostomia, conforme Anexo A;
 - Retirar os itens “vencidos” e/ou inapropriados para uso;
 - Substituir todos os itens retirados, mediante pedido feito pelo Enfermeiro (a) responsável;
 - Colocar novo lacre;
 - Registrar no Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B, preenchendo todos os campos pertinentes.

56.5 OBSERVAÇÕES

- A traqueotomia pode ser eletiva ou de urgência, possuindo variação entre as técnicas cirúrgicas empregadas. Em uma situação de emergência, a operação é realizada quando a intubação orotraqueal não é possível ou não é bem-sucedida;
- É importante manter o cuff insuflado no pós-operatório imediato para evitar aspiração de secreções e mesmo eventuais sangramentos;
- Se o paciente evoluir bem, o cuff da cânula deve ser desinsuflado em 24 horas, e em 48 horas a cânula de plástico deve ser trocada pela metálica, com alta hospitalar somente se o paciente estiver com a cânula metálica ou de silicone (cânulas sem cuff);
- As cânulas metálicas são constituídas de uma cânula externa e uma interna, essa última podendo ser retirada e lavada, o que constitui um importante fator para a manutenção da higiene local.

56.6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.

BRASIL. RDC n º57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES>.

Traqueostomia e cricotireoidotomia. Disponível em: <http://www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_70.pdf>. Acesso em: 08/09/2020.

SOARES, M. C. C. X; W, F. L; LIMA, L. C.; MEDEIROS, J. M. Elaboração de protocolo de condutas em traqueostomias no hospital referência de tratamento do câncer do Amazonas. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-956566>. Acesso em 08/09/2020.

56.7 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	24/09/2020	Complementações no item 04 (PROCEDIMENTOS) e inserção do item 05 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

João Marcel Porto Alves

Paula Nayara Menezes dos Santos

Sâmia Letícia Lima Ribeiro

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda de Oliveira

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

57. ABERTURA DO KIT DE TRAQUEOSTOMIA

57.1 DEFINIÇÃO

É um procedimento de suporte avançado de vida onde o médico, com um laringoscópio, visualiza a laringe e através dela introduz um tubo na traquéia (Tubo Orotraqueal - TOT). Tal tubo será utilizado para auxiliar a ventilar o paciente, pois possibilita que seja instituída a ventilação mecânica.

Quanto ao tempo de permanência, pode ser de curta duração, até horas ou semanas. Geralmente após a permanência de duas semanas de tubo orotraqueal, sem que esse possa ser retirado, efetua-se a traqueostomia.

57.2 OBJETIVO

Garantir fornecimento de oxigênio adequado às necessidades do paciente, sem risco para o mesmo, além de visar à promoção do conforto e proteção durante a manutenção da intubação endotraqueal.

57.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

57.4 INDICAÇÃO

Paciente em franco sofrimento respiratório ou sempre que indicado pelo médico. As indicações de IOT dividem-se em duas situações: aquela em que o paciente perde a capacidade de manter sua própria via aérea pérvia e aquela em que é necessário fornecer suporte ao trabalho ventilatório ou aplicar pressão positiva em seu sistema respiratório.

Permeabilidade da via aérea:

- Rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 9);
- Anestesia;
- Edema de glote;
- Trauma de face;
- Corpo estranho;
- Risco aumentado de aspiração.

Suporte ventilatório:

- Insuficiência respiratória;
- Edema agudo de Pulmão;
- DPOC exacerbada;
- Crise asmática grave;
- SARA;
- Pneumonia grave.

57.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- 01 Fonte de oxigênio;
- 01 Fluxômetro;
- 01 Frasco umidificador;
- 01 Válvula de oxigênio;
- 01 Látex de silicone estéreis;
- 01 Reanimador manual (AMBU);
- Medicamentos (Midazolam, Fentanil, Etomidato e Quelicin);
- 01 Respirador montado e testado;
- 01 Aspirador portátil ou 01 vacuômetro;
- 01 Estetoscópio;
- Esparadrapo.

Kit de intubação contendo:

- Tubos Orotraqueais nº 8.5, 8.0; 7.5; 7.0; 6.5;
- 01 Fio guia;
- 02 Pacotes de gaze;
- 01 Sonda de aspiração nº 12 e 14;
- 02 Pilhas grandes;
- 01 Par de luvas estéreis nº 8.5, 8.0; 7.5;
- 02 Pares de luva de procedimento;
- 01 Seringa de 10 ml;
- 01 Laringoscópio com 03 lâminas curvas;
- 01 Cordão para fixação (pode ser utilizado aproximadamente 30cm de atadura);
- 02 Máscaras;
- 01 Óculos de proteção;
- Capote descartável (opcional);

Medicamentos:

01 Etomidato, 01 Fentanil 0,0785 mg/ml; 01 Midazolan 5ml/ml; 01 Lidocaína spray; 01 Succinilcolina 100mg.

57.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente pela placa ou pulseira de identificação;
- Higienizar as mãos conforme orientação CCIRAS;
- Calçar luvas de procedimento e capote se necessário;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira, bancada ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no AMBU;
- Abrir o fluxômetro e testar o AMBU;
- Paramentar-se com os EPI's e fornecê-los (incluindo luvas estéreis) ao médico responsável pela intubação;
- Testar o balão do tubo endotraqueal com uma seringa de 10 ml com ar, de forma que este permaneça estéril;
- Testar o laringoscópio e entregá-lo ao médico;
- Preparar os medicamentos para sedação e analgesia do paciente e administrá-lo conforme solicitação médica;
- Auxiliar no posicionamento da cabeça do paciente podendo colocar um coxim sob o pescoço do mesmo, se não houver contraindicação;
- Auxiliar o médico na inserção do TOT;
- Verificar, durante o procedimento, os sinais vitais; se houver dessaturação, adaptar a máscara de AMBU ao mesmo e oxigenar o paciente se ainda não foi intubado;
- Aspirar as vias aéreas do paciente, se necessário;
- Após verificação do posicionamento correto do tubo através da ausculta pulmonar do paciente pelo médico, marcar o TOT com um pedaço de esparadrapo e fixar o mesmo com cordão para fixação;
- Assegurar que a fixação do tubo seja trocada sempre que esta encontrar-se suja, frouxa ou apertada em demasia;
- Oxigenar o paciente utilizando o AMBU adaptado ao TOT ou conectar o circuito do respirador ao tubo, após respirador adaptado à válvula de oxigênio e ligado à rede elétrica, lembrando de antes de conectar ao ventilador deve realizar a ausculta para confirmação do correto posicionamento do tubo;
- Elevar a cabeceira da cama do paciente a 30°;

- Deixar o paciente em posição segura e confortável;
- Retirar os EPI's e luvas;
- Higienizar as mãos conforme orientação CCIRAS

57.7 OBSERVAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DA INTUBAÇÃO

- Verificação da pressão do cuff a cada 12 horas (inferior a 25 mmHg) para mantê-la abaixo dos 30mmHg, garantindo a adequada ventilação, sem vazamento de ar, duas vezes por dia;
- Higienização do orifício de entrada do TOT a cada 4 horas, para manter a cavidade oral limpa, evitando a contaminação da traquéia, prevenindo a formação de lesões da mucosa, proporcionando, assim, mais conforto ao paciente;
- Hidratação dos lábios a cada 4 horas, a fim de evitar ressecamento e fissuras labiais;
- A troca e/ou fixação do cadarço ou da cânula deve ser feita após a higiene oral;
- Utilização de gazes no local do posicionamento do tubo para evitar a formação de fissura labial e colocar sob os cadarços para não haver formação de escaras, sempre que necessário;
- Aspiração do TOT com técnica asséptica, sempre que necessário conforme **POP 8.2**. O cuidado com o uso de EPIs durante a técnica de aspiração (recomenda-se o uso de luvas, óculos de proteção, máscara e avental pelo profissional) merece destaque pela sua relevância na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

57.8 REGISTRO

Registrar no prontuário e/ou impresso próprio de controle do setor a data, a hora do início, do término e os parâmetros ventilatórios e suas alterações; registrar o período de permanência do tubo e comunicar ao médico, se este for maior ou igual a duas semanas, para tentativa de traqueostomia; Assinar e carimbar.

57.9 REFERÊNCIAS

GOMES, G.P.L.A, REZENDE, A.A.B., ALMEIDA, J. D'A.P, et al. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE on line** vol.3, n.4 pag:808-13. Outubro/dezembro de 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, Ano 2009. Universidade Federal de Minas Gerais-Hospital Universitário. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/enfermagem/links/9679fe28253aaf82c5629df40ba7412855dc3721.pdf>>. Acesso em 24 nov 2015.

Neto AS, Dias RD, Velasco IT. **Procedimentos em Emergências**. 2ª Ed. São Paulo: Manole; 2016.

Guimarães, HO; *et al.* **Manual de Medicina Intensiva**. São Paulo: Atheneu; 2015.

SANTOS, Cleverson dos et al. Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalara. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190300, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200219&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 05/09/2020.

57.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	25/09/2020	Complementações nos itens: 01(DEFINIÇÃO), 04 (INDICAÇÃO) e 08 (OBSERVAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DA INTUBAÇÃO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Saulo Bezerra Xavier

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Data: ____/____/____

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

58. ASSISTÊNCIA E MANUTENÇÃO DO PACIENTE SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

58.1 DEFINIÇÃO

O Desmame é transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 h. Embora o nome sugira um processo gradual, a retirada do suporte mecânico pode ocorrer também de forma abrupta, a depender da situação. Interrupção de ventilação mecânica: refere-se aos pacientes que toleraram um teste de respiração espontânea e que podem ou não ser elegíveis para extubação. Extubação: é a retirada da via aérea artificial. No caso de pacientes traqueostomizados, utiliza-se o termo decanulação. Ventilação mecânica prolongada: é a dependência da assistência ventilatória, invasiva ou não-invasiva, por mais de 6 h por dia, por tempo superior a três semanas, apesar de programas de reabilitação, correção de distúrbios funcionais e utilização de novas técnicas de ventilação.

58.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores de assistência crítica do HU-UNIVASF.

58.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Médicos: indicação de manutenção do suporte ventilatório ou dar início ao de desmame em descontinuidade do suporte ventilatório. **Fisioterapeuta:** progressão do desmame e extubação. **Enfermeiros e técnicos de enfermagem:** vigilância contínua do processo e orientação ao paciente Pré-Procedimento.

58.4 INDICAÇÃO

Pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas.

58.5 CONTRA-INDICAÇÕES

Situações de instabilidade clínica e/ou cirúrgicas e insuficiência respiratória grave.

58.6 DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DE DESMAME

- A avaliação diária é realizada e registrada em evolução, a partir do momento que completar mais de 24 horas de ventilação mecânica ou durante processo de discussões multiprofissionais. Na indicação de Teste de Respiração Espontânea - TRE, será realizada a abertura da ficha de **Check List do desmame** para avaliação (Anexo A). O teste de respiração espontânea é realizado em pressão de suporte 8-7 cmH₂O, PEEP 8-5 cmH₂O, de 30 até 120 minutos, ou através do TUBO T, com oferta de oxigênio suplementar de 50% por 30 minutos até 2h.
- Avaliar a tolerância ao teste: troca gasosa, hemodinâmica, frequência respiratória, conforto respiratório e nível de consciência. Caso haja intolerância ao TRE, dar-se-á continuidade ao processo de avaliação diária e em conjunto com equipe multiprofissional investigar o motivo da intolerância.
- Os pacientes que toleram o TRE devem ser considerados passíveis de extubação, porém outros fatores que podem levar a falência da extubação devem ser analisados, como dificuldade de proteger vias aéreas, quantidade de secreções e eficácia da tosse.
- Seguir fluxograma de descontinuação do suporte ventilatório. Pacientes em ventilação mecânica prolongada, seguir fluxograma de descontinuação do suporte ventilatório prolongado. Pacientes que são extubados e indicado Ventilação Não Invasiva - VNI, manter por no mínimo 06 horas diárias e após 24h inicia-se tentativas de intercalar VNI x oxigenoterapia. Porém os pacientes que são extubados e permanecem dependentes da VNI por mais de 48 horas, são considerados insucesso de desmame.

Critérios para considerar a aptidão para o desmame:

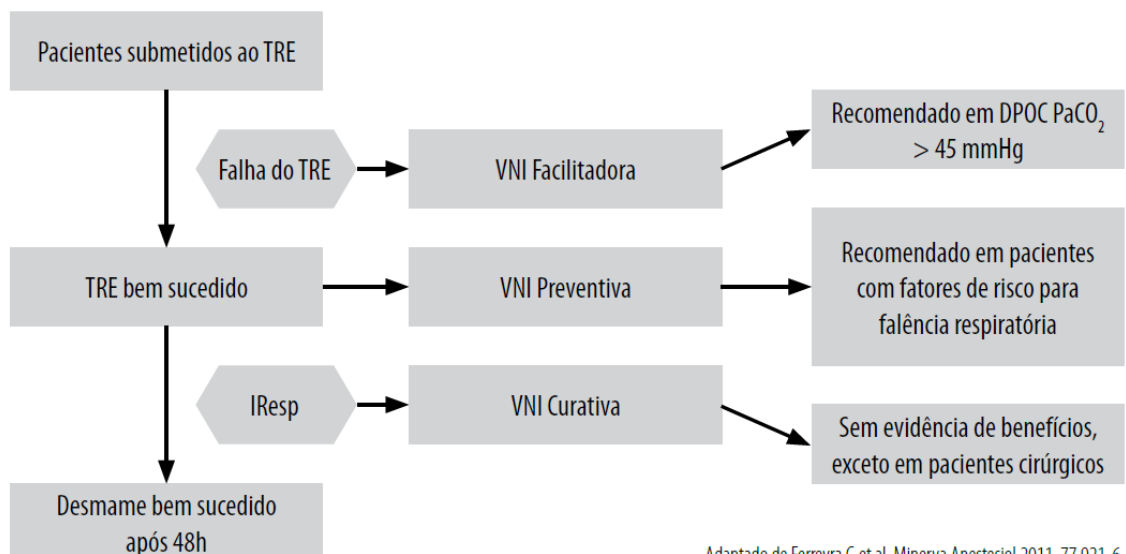
- Realizar a Busca Ativa incluindo os seguintes tópicos:
- Causa da falência respiratória resolvida ou controlada;
- PaO₂ ≥60 mmHg com FIO₂ ≤0,4 e PEEP ≤5 a 8 cmH₂O;
- Hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores;

- Ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica;
- Paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios;
- Balanço Hídrico zerado ou negativo nas últimas 24 horas;
- Equilíbrio acidobásico e eletrolítico normais.
- Adiar extubação quando houve programação de transporte para exames ou cirurgia com anestesia geral nas próximas 24h.

Sinais de intolerância ao Teste de Respiração Espontânea

- Frequência respiratória > 35 rpm;
- Saturação arterial de O₂ < 90%;
- Frequência cardíaca > 140 bpm;
- Pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou < 90 mmHg
- Sinais e sintomas Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência.

Papel da VNI Pós- Extubação:



Adaptado de Ferreyra G et al. Minerva Anestesiol 2011, 77,921-6.

Classificação dos pacientes em Desmame

- Simples: sucesso no primeiro TRE;
- Difícil: quando o paciente falha no primeiro TRE e necessita de até três (03) TRE ou até sete dias pós o primeiro TRE.
- Prolongado: quando o paciente falha em mais de três (03) TRE consecutivas ou com necessidade > 7 dias de desmame após o primeiro TRE.

58.7 OBSERVAÇÕES:

- O desmame prolongado está associado ao aumento nos dias de internação na UTI, dias de ventilação mecânica invasiva (VM) e dias de desmame da VM, assim como na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), realização de traqueostomia, VM prolongada e VM controlada prolongada. Dessa forma, otimizar ao máximo o desmame pode evitar ou reduzir complicações e intervenções.
- Como o TRE e a impressão clínica não têm 100% de acurácia, os parâmetros de desmame podem auxiliar na tomada de decisão em pacientes com risco elevado de falha.
- Índice ou parâmetro preditivo para o DVM constitui um critério que avalia alguma função fisiológica relacionada à respiração, objetivando identificar os pacientes que podem falhar ou completar com sucesso o TRE.
- O parâmetro mais utilizado é a relação FR/volume corrente (V_T). Outros parâmetros relevantes são P_{Imax} , pressão de oclusão nas vias aéreas ($P_{0,1}$), relação $P_{0,1}/P_{Imax}$, FR, V_T , volume minuto e o índice composto por complacência, FR, oxigenação e P_{Imax} .
- Como a falha no DVM têm várias origens, índices integrativos geralmente possuem maior acurácia. Identificar o motivo da falha no DVM é essencial na tentativa de uma nova abordagem com ênfase no fator desencadeante.

58.8 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

58.9 REFERÊNCIAS

GOLDWASSER R, FARIAS A, FREITAS EE, et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. In: Carvalho CR, coordenador. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007;33(Suppl 2S): S128-S136;

BROCHARD L, RAUSS A, BENITO S, CONTI G, MANCEBO J, REKIK N, et al. Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150(4):896-903. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013;

FERRER M, VALENCIA M, NICOLAS JM, BERNADICH O, BADIA JR, TORRES A. Early noninvasive ventilation averts extubation failure in patients at risk: a randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:164–170.

Fontela, P.C; Eickhoff, H.M; Winkelmann, E.R. Incidência e fatores associados ao desmame simples, difícil e prolongado em uma unidade de terapia intensiva. Ciência & Saúde. 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about>

SANTOS, G.M.L. Análise dos Fatores de Riscos e das Falhas no Desmame da Ventilação Mecânica em Pacientes Críticos. São Paulo, 2019. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/335269/1/Santos_GiseleMartinsLeite_Dos_M.pdf

NEMER, S. N; BARBAS, C. S. V. Parâmetros preditivos para o desmame da ventilação mecânica. J. bras. pneumol., São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000500016

58.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	25/09/2020	Complementações nos itens: 01(DEFINIÇÃO), 06 (DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DE DESMAME) e inserção do item 07 (OBSERVAÇÕES).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Fabício Olinda de Souza Mesquita

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

59. DESMAME DA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA MECÂNICA

59.1 DEFINIÇÃO

Os cuidados com a traqueostomia visam a manutenção da passagem de ar e oxigênio para o paciente. Há diversos tipos de traqueóstomo (também chamado cânula ou tubo traqueal), em uma variedade de calibres e tamanhos, com ou sem cânula interna, balonete (cuff) e fenestradas. As cânulas mais utilizadas são de plástico ou metal. As cânulas de plástico podem ser com ou sem balonete, sendo indicado o uso do balonete para pacientes em ventilação mecânica e também quando existe o risco de aspirar secreções da orofaringe. Para auxiliar a inserção da cânula de traqueostomia na luz traqueal, usa-se o mandril, o qual é retirado e substituído pela cânula interna imediatamente após o procedimento. As cânulas metálicas são constituídas de uma cânula externa e uma interna, esta última facilmente removível para facilitar a limpeza.

59.2 OBJETIVO

Prestar cuidados adequados com a traqueostomia, incluindo a limpeza e a troca de fixação da cânula a fim de:

- Remover as secreções da cânula interna;
- Minimizar irritações cutâneas;
- Inibir a proliferação de microorganismos e o risco de infecção;
- Reduzir o risco de tampões de muco;
- Diminuir o risco de lesões provocadas por fixações frouxas ou apertadas demais;
- Promover o conforto do paciente.

59.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

59.4 INDICAÇÃO

Três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) ou sempre que necessário.

59.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luva estéril;
- Equipamentos de Proteção Individual;
- Gaze;
- Cuba redonda pequena inox estéril;
- Água oxigenada a 10%;
- Ácidos Graxos Essenciais (AGE);
- Água destilada.

59.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Estabelecer uma comunicação com o paciente (escrita, gestos, labial, etc.), explicando o procedimento a ser realizado, se cliente consciente;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Preparar todo o material;
- Vestir o avental, colocar a máscara e a proteção para os olhos;
- Calçar luvas estéreis;

- Remover a subcânula do traqueóstomo, dispondo-a imersa em solução de água oxigenada a 10% na cuba redonda, por 30 minutos;
- Após os 30 minutos, proceder a limpeza interna da cânula com a ajuda de gaze, retirando todo o resíduo de secreção;
- Após a remoção da secreção residual, lavar a subcânula com água destilada;
- Enxugar a subcânula com gaze estéril;
- Reposicionar a subcânula no traqueóstomo, limpa, enxuta e livre de resíduo de secreção;
- Assegurar que a fixação do traqueóstomo seja trocada sempre que esta encontrar-se suja, frouxa ou apertada;
- A troca e/ou fixação do cadarço ou da cânula deve ser feita após a higiene;
- Utilização de gazes com AGE no local do posicionamento do traqueóstomo para evitar lesões e colocar sob os cadarços;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

59.7 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

59.8 REFERÊNCIAS

SMELTZER, S.C.; BARE. B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO. Traqueostomia: Cuidados e Decanulação. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), Ebserh –Ministério da Educação. 2018. Disponível em: <https://atualizacursos.com.br/blog/cuidados-de-enfermagem-com-traqueostomia/>

OLIVEIRA, A.P. V; et al. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. HU Revista, Juiz de Fora, v.42, n.1, jan/jun. 2016.

59.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO

2ª versão 25/09/2020 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NO ITEM: 01 (DEFINIÇÃO), 02 (OBJETIVO) E 06 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Saulo Bezerra Xavier

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

60. LIMPEZA E CUIDADOS COM TRAQUEÓSTOMO

60.1 DEFINIÇÃO

É o procedimento de punção à rede arterial do indivíduo utilizando-se uma seringa conectada a uma agulha para coletar sangue para análise gasométrica.

60.2 OBJETIVO

Padronizar a técnica de punção arterial para gasometria, que consiste na amostra de sangue arterial para análise gasométrica com a finalidade de auxiliar no diagnóstico, conduzir terapêutica e revelar valores de potencial de Hidrogênio (pH) sanguíneo, da pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂ ou pCO₂) e oxigênio (PaO₂), íon Bicarbonato (HCO₃) e saturação da Oxi-hemoglobina, avaliando principalmente o equilíbrio acidobásico orgânico. Com isto podemos avaliar a adequação de ventilação, equilíbrio ácido-base, e oxigenação; avaliar a resposta do paciente à terapia e/ou avaliação diagnóstica, e por fim monitorar a gravidade e progressão de um processo de doença conhecida.

60.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

60.4 COMPOSIÇÃO

Seringa para coleta de sangue arterial da marca PICO 50 (RADIOMETER) DE 2 ML COM TAMPA, 80UI de heparina seca e balanceada.

60.5 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e médicos.

60.6 INDICAÇÃO

A gasometria arterial, em geral, é solicitada quando há sinais e sintomas sugestivos de hipoxemia ou hipercapnia, os quais nem sempre são de fácil reconhecimento, pois são comuns a outras situações e nem sempre estão presentes, sobretudo nas fases iniciais. A possibilidade de avaliar o bicarbonato e o pH faz com que a gasometria esteja indicada na investigação de distúrbios metabólicos.

60.7 CONTRAINDICAÇÃO

Comumente utilizado, tal procedimento requer uma série de cuidados prévios que vão desde a escolha do melhor local, até a avaliação clínica do paciente e verificação de medicamentos de uso habitual do paciente, os quais possam vir a causar sangramentos. Tais cuidados acabam sendo essenciais para que não ocorra uma série de complicações advindas não só da técnica de punção utilizada, bem como das próprias condições clínicas do paciente, não havendo uma contraindicação absoluta do procedimento.

60.8 MATERIAL NECESSÁRIO

- Seringa de 01 ou 03 ml ou a seringa coleta de sangue arterial da marca PICO 50 (RADIOMETER) DE 2 ML COM TAMPA, 80UI de heparina seca e balanceada.
- Heparina sódica 5.000UI/ml de 05 ml;
- Par de luvas de procedimento e demais EPIs;
- Cuba rim;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- 01 agulha de pequeno calibre compatível com o cliente e compatível com o sítio de punção (13x4,5 ou 25x07)
- Algodão ou gaze não-estéril.

60.9 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Preparar a etiqueta de identificação do material com nome completo do paciente, data e horário da coleta;
- Fazer a desinfecção da cuba rim com álcool a 70%, sempre aguardando a secagem espontânea, repetindo esse processo por 03 vezes;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Colocar luvas de procedimento e demais EPIs;
- Identificar a seringa com a etiqueta previamente preparada;
- Heparinizar a seringa: aspire uma quantidade mínima de heparina com a seringa e devolva o conteúdo aspirado para o frasco, com o intuito de somente molhar a seringa, (volumes excessivos de heparina podem causar alterações no pH da amostra);
- Posicionar o cliente, se possível sentado ou em decúbito dorsal, para mantê-lo confortável e facilitar a avaliação da artéria;
- Escolher a área para realização do procedimento;
- Colocar o membro em hiperextensão;
- Realizar a antisepsia com gaze ou algodão embebido em álcool, em movimento retilíneo;
- Se possível e se for necessário, realizar teste de Allen;
- Introduzir a agulha em ângulo diferenciado para coletar o sangue (em ângulo de 30 a 45 graus se radial e 90 graus para femoral);
- Certificar-se que puncionou a artéria, observando o aspecto e cor do sangue;
- Aspirar aproximadamente 1,0 ml de sangue;

- Comprimir o local da punção com gaze por 3 a 5 min após a retirada da agulha para facilitar a hemostasia;
- Rolar suavemente a seringa nas mãos, para homogeneizar a amostra;
- Proceder ao processamento e leitura do sangue no gasômetro, colocando o resultado anexado ao prontuário;
- Desprezar o material em local adequado;
- Fazer limpeza da cuba rim com água e sabão e desinfecção com álcool 70%;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Fazer o registro em prontuário.

60.10 OBSERVAÇÕES

- Locais de punção por ordem de preferência: artérias radiais, braquiais e femorais;
- Evite a punção repetida no mesmo local, pois pode ocorrer dilatação aneurismática;
- A heparina é uma substância ácida (pH aproximado de 6,8), portanto, seu excesso ou a escassez de sangue na amostra coletada podem interferir no resultado do exame;
Teste de Allen: deve ser realizado sempre que possível, quando a artéria radial for o sítio de punção escolhido. Consiste em segurar a mão do cliente firmemente, comprimindo as duas artérias cubital e radial. O paciente então, abre e fecha a mão até que ela esteja esbranquiçada.

O examinador então remove a pressão da artéria cubital e observa o retorno da coloração da mão. Quando há retorno da coloração em até 07 segundos o enchimento cubital é adequado, se houver demora de mais de 15 segundos, o enchimento cubital é inadequado e fica contraindicado a punção da artéria radial.

Em casos de pacientes inconscientes, eleve a mão do paciente acima do coração e aperte ou comprima-a, até que ocorra o empalidecimento. Baixe a mão do paciente enquanto ainda está comprimindo a artéria radial (libere a pressão sobre a artéria ulnar) e observe o retorno da coloração;

Quando a artéria ulnar não apresenta fluxo suficiente para gerar o suprimento para toda a mão, a artéria radial não deve ser utilizada.

60.11 REFERÊNCIAS

Hospital Universitário Pedro Ernesto – Protocolo Operacional Padrão de Enfermagem, Nº042, 01ª revisão, Rio de Janeiro, 2014;

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Divisão de Enfermagem – Protocolo Operacional Padrão, Código Den POP – 003/2011, Rio de Janeiro, 2011.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**/ [editores] Suzanne C. Smeltezer et.al. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Volume 2.

Coordenadoria de Urgência/SESAU de Campo Grande. Procedimento Operacional Padrão-ENF URG nº91.Maio/2017.

CARMAGNANI, M.I.S; et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático.2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

60.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	26/10/2020	COMPLEMENTAÇÕES AOS ITENS: 2 (OBJETIVO) 8 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) E INCLUSÃO DOS ITENS: 3 (ABRANGÊNCIA) 5 (COMPOSIÇÃO) 6 (INDICAÇÃO) 7 (CONTRAINDICAÇÃO)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Andreza Monteiro Cavalcante

Sara Miranda Tavares

Karen Mickaele Vale De Queiroga Sarmento

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

61. PUNÇÃO ARTERIAL PARA GASOMETRIA

61.1 DEFINIÇÃO

É um exame utilizado para avaliar atividade elétrica do coração além de avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca, analisar a função do marcapasso, avaliar a resposta a medicações (antiarritmicos) e obter um registro basal antes de um procedimento médico.

61.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de Eletrocardiograma (ECG) de forma a aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

61.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e médicos.

61.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

61.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Eletrocardiógrafo com cabos de paciente e cabo elétrico;
- Papel termo sensível adequado ao aparelho;
- Braçadeiras e 06 eletrodos descartáveis ou pêras;
- Pacote de gaze;
- Gel hidrossolúvel;
- Álcool a 70%;
- Aparelho de tricotomia descartável ou tesoura para aparar os pelos (se necessário).

61.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra, cabo do usuário, braçadeiras e eletrodos ou pêras;
- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Separar e levar os materiais para o local do exame;

- Conferir a identidade do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e /ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Conectar o aparelho à rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar ao usuário que exponha o tórax, punhos e tornozelos;
- Verificar se o paciente está em contato com alguma parte metálica da cama e afastar se estiver a fim de evitar interferências;
- Abaixar a cabeceira a 0 °, com exceção em caso de contraindicações;
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar movimentar-se, tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar interferências;
- Limpar com algodão embebido em álcool 70% nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) onde serão colocados as braçadeiras e eletrodos/pêras;
- Realizar tricotomia no local de inserção do eletrodo caso o paciente apresente um excesso de áreas pilosas;
- Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nos membros conforme determinado, usando gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante), a saber:
 - Braço direito: Eletrodo vermelho;
 - Braço esquerdo: Eletrodo amarelo;
 - Perna direita: Eletrodo preto;
 - Perna esquerda: Eletrodo verde.
- Colocar os eletrodos descartáveis ou pêras na linha precordial, conforme indicação do fabricante, a saber:

V1: 4º Espaço intercostal, no bordo direito do esterno;

V2: 4º Espaço intercostal, no bordo à esquerda do esterno;

V3: 5º Espaço intercostal entre V2 e V4;

V4: 5º Espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda

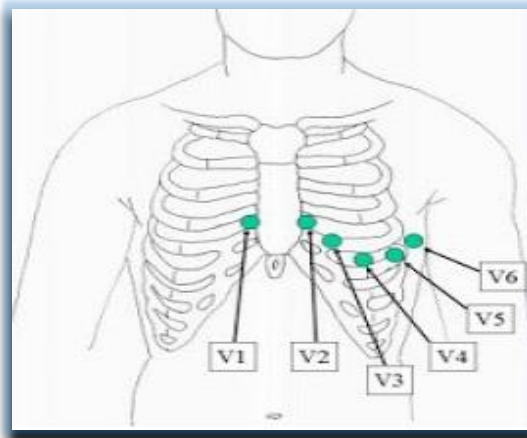
V5: 5º Espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda

V6- 5º Espaço intercostal e linha axilar média à esquerda

- Conectar os cabos aos respectivos eletrodos ou pêras;
- Verificar se todas as derivações estão no lugar correto;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Não se encostar ao leito durante o procedimento;

- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Desligar o aparelho, desconectar os cabos do paciente e retirar os eletrodos ou pês e braçadeiras;
- Limpar o gel da pele do paciente;
- Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente;
- Identificar a fita/ folha de registro do eletrocardiograma com: Setor de internamento, nome do usuário, idade, sexo, número do registro, data e hora;
- Anexar a fita do eletrocardiograma à solicitação do exame;
- Proceder à desinfecção das braçadeiras e pês com a gaze umedecida com álcool a 70%;
- Guardar o eletrocardiograma em local adequado, mantendo ligado à rede elétrica;
- Manter o usuário confortável, deixando o local em ordem;
- Higienizar as mãos, conforme CCIRAS;
- Anotar os dados no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem;
- Assinar e carimbar o registro.

Figura 1- Localização dos eletrodos.



61.7 PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERFERÊNCIA NO TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO

- Esquecimento de conectar algum eletrodo ou fio terra;
- Operador ou paciente tocando em algum dos eletrodos enquanto o ECG é registrado;
- Membros do paciente tocando nas paredes ou partes metálicas da cama.
- Deixar eletrodos ou placas metálicas frouxas;
- Paciente agitado ou com tremores;
- Colocação indevida de pasta ou outra solução eletrolítica;

- Outros aparelhos elétricos que estiverem sendo usados nas proximidades (desconectar da corrente).

61.8 OBSERVAÇÕES

- É muito importante que os achados eletrocardiográficos sejam correlacionados com a observação clínica do paciente; algumas anormalidades podem estar ligadas à má condução dos eletrodos, interferências no circuito, movimentação do doente, posição dos eletrodos etc;
- Retirar objetos metálicos: brincos, anéis, correntes, pulseiras, celulares, cintos e etc.;
- Eliminar causas de interferências na gravação: sujeira, suor, excesso de pelos, bateria fraca ou posicionamento inadequado do equipamento.
- Em caso de paciente amputado ou muitas interferências, colocar os eletrodos nas extremidades do tórax próximo a articulação do braço e no abdome próximo a crista ilíaca;
- Caso o paciente apresente marcapasso, realizar um registro padrão e um com o auxílio de uma peça de imã sobre o marcapasso;

61.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

61.10 REFERÊNCIAS

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica/** [editores] Suzanne C. Smeltezer et.al. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Volume 2.

BUENO, D.P. **O ECG no prognóstico do IAM.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul. Ano XIX nº 21. 2011.

Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem- HUMAP/EBSERH. Campo Grande, 2016.

Qualidade do Eletrocardiograma: fatores que prejudicam a qualidade do ECG. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/qualidade-do-eletrocardiograma>. Acesso em: 21/07/2020.

61.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NO ITEM: 06 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO) E 8(OBSERVAÇÕES). INSERÇÃO DO ITEM 7: (PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERFERÊNCIA NO TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Larycia Vicente Rodrigues

Naara Carol Costa Alves

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

62. ELETROCARDIOGRAMA

62.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso de Alginato de Cálcio. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

62.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

62.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e auxílio da equipe Técnico de Enfermagem.

62.4 COMPOSIÇÃO

Fibras de não-tecido, derivados de algas marinhas, composto pelos ácidos galurônico e manurônico, com íons cálcio e sódio incorporados em suas fibras.

62.5 INDICAÇÃO

- Feridas de moderada a altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato;
- Feridas abertas;
- Lesões cavitárias com túneis;
- Sangrantes.

62.6 CONTRA-INDICAÇÃO

Utilizar em lesões superficiais ou feridas sem ou com pouca exsudação e lesões por queimadura (3º grau).

62.7 MECANISMO DE AÇÃO

- O sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato realizando a troca iônica;
- Auxilia no desbridamento autolítico, promovendo a predominância e estimulação do tecido de granulação;
- Tem alta capacidade de absorção.
- Resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para cicatrização e permite a remoção integral do curativo, não deixando resíduos no leito da ferida;
- Induz a hemostasia. As funções hemostáticas são aplicadas apenas em feridas com sangramentos leves e cessantes a compressões.

62.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar a ferida com SF a 0,9%;
- Secar suavemente a pele ao redor da lesão;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário;
- Escolher o tamanho da fibra de alginato que melhor se adapte ao leito da ferida (O tamanho mais comum no hospital é a Tela 10x10cm);
- Com luvas estéreis, modelar o alginato no interior da ferida umedecendo a fibra com solução fisiológica ou óleo AGE (poderá ser utilizado o swab para melhor introdução e modelagem da placa na ferida);
- Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda da ferida, com risco de prejudicar a epitelização;

- Com luvas estéreis, a placa poderá ser dividida em pedaços, antes de ser ativada com soro ou óleo;
- Em casos de divisão, ocluir na própria embalagem a parte a ser utilizada na próxima aplicação;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril).

62.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

62.10 PERIODICIDADE DE TROCA

- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada;
- Trocar o curativo de alginato: Fica instituído no hospital a periodicidade de troca do curativo com o alginato a cada 48h (trocar a secundária quantas vezes for necessário), até segunda avaliação;
- Terminantemente proibido molhar o curativo com Alginato;
- Em pacientes com lesões ou feridas abertas em assoalho pélvico, região anal ou genital, avaliar a necessidade do curativo com alginato;
- Após diminuição da quantidade de exsudato ou da cavidade, reavaliar a necessidade de continuidade do uso de alginato.

62.11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002; Produtos Kendall. Disponível em http://issuu.com/marcustmc/docs/produtos_kendall_qr_coberturas_full_ng_pocket_2. Acesso em 06 de out. 2015;

BAJAY, H.M. Registro da evolução de feridas: elaboração e aplicabilidade de um instrumento. Campinas, 2001. 110p. (Dissertação – Mestrado – Departamento de Enfermagem da FCM – UNICAMP);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

(Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível < <http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

RIBEIRO, G. R. T. Atlas de Curativo Baseado nas Coberturas Padronizadas no Hospital Anchieta, 2017.

62.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	28/09/2020	Complementações aos itens: 5 (INDICAÇÃO), 7 (MECANISMO DE AÇÃO), 8 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO), 10 (PERIODICIDADE DE TROCA).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera Bastos

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

63. CURATIVO COM ALGINATO DE CÁLCIO

63.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso de Espuma com prata. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba. Técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

63.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

63.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e com auxílio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

63.4 COMPOSIÇÃO

Espuma de poliuretano com prata.

63.5 MECANISMO DE AÇÃO

Espuma com prata possui propriedades anti-inflamatórias e antimicrobianas com um amplo espectro de ação contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, alta capacidade de absorção, proporciona meio úmido, favorecendo cicatrização, é de fácil troca, indolor e não causa trauma durante a remoção. A prata dispersa na estrutura da espuma é dispensada no leito da ferida quando em contato com o exsudato e é contínua à medida que a cobertura é mantida. Pode causar coloração escura no leito da ferida.

63.6 INDICAÇÃO

Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção (prioritariamente com infecção), com ou sem tecido necrótico, queimaduras de 2º ou 3º grau e feridas estagnadas.

63.7 TIPOS DE FERIDAS

Feridas abertas altamente exsudativas com ou sem infecção e lesões cavitárias com necessidade de estímulo rápido do tecido de granulação.

63.8 CONTRAINDICAÇÃO

- Feridas com necrose seca ou tecido inviável.
- Não deve ser utilizado em pacientes com sensibilidade à prata
- Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativação da prata.

63.9 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar a ferida com SF a 0,9%;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário;

- Com luvas estéreis, aplicar a espuma com prata direto no leito da ferida umedecendo a cobertura com solução fisiológica ou óleo AGE;
- Em ferida cavitária profunda preencha o espaço em até 80% do volume, uma vez que ao entrar em contato com o exsudato da ferida, a espuma sofrerá expansão preenchendo todo o espaço da mesma.
- A Espuma com prata pode ser utilizada de modo primário ou secundário;
- Deve-se evitar recortar a espuma com prata;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril).

63.10 PERIODICIDADE DE TROCA

Trocar quando houver saturação da cobertura/extravasamento do exsudato, não ultrapassando a 7 dias após a aplicação.

63.11 OBSERVAÇÕES

- A Espuma com Prata também pode ser utilizado como um desodorizante, além das suas propriedades bactericida e bacteriostática;
- Terminantemente proibido molhar o curativo com espuma com prata;
- Em pacientes com lesões ou feridas abertas em região sacral, assoalho pélvico, região anal ou genital, avaliar a necessidade do curativo especial com prata;
- Após diminuição da quantidade de exsudato ou da cavidade, reavaliar a necessidade de continuidade do uso da prata.

63.12 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

63.13 REFERÊNCIAS

RIBEIRO, G. R. T. Atlas de Curativo Baseado nas Coberturas Padronizadas no Hospital Anchieta, 2017.

DANTAS, J. S.; AGRA, G.; SILVA, J. B. DA; BRITO, D. T. F. DE; COSTA, M. M. L.; ALMEIDA, T. L. DA C. Uso de cobertura com prata no tratamento de úlcera de marjolin: estudo de caso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019.

CANDIDO, Luiz Cláudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: SENAC-SP, 2001.

CONVATEC. **Aquacel Ag**. [citado 2006 Feb 08]Disponível em URL:www.convatec.com.br

FERIDÓLOGO. **Hidrofibra**. [citado 2006 Feb 08] Disponível em URL: www.feridologo.com.br/index.htm/curhidrofibra.htm.

JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista.

63.14 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações aos itens: 5 (MECANISMO DE AÇÃO), 8 (CONTRAINDICAÇÃO) e 9 (DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

64. CURATIVO COM ESPUMA DE PRATA

64.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da placa de hidrocoloide, de modo a:

- Criar um meio úmido na superfície da ferida: Em contato com a ferida, o hidrocoloide interage com o exsudato para formar um gel. Esse gel, que estimula a síntese do colágeno e acelera o crescimento e a migração das células epiteliais. O gel evita a aderência á ferida e proporciona alívio da dor, por manter úmida as terminações nervosas.
- Estimular a angiogênese: por ser impermeável à água e gases, a camada promove isolamento térmico e meio hipóxico, o que estimula a angiogênese.
- Inibir do crescimento bacteriano: é potencializada pelo microambiente ácido promovido pela oclusão com este polímero.

64.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

64.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e auxílio da equipe Técnica de Enfermagem.

64.4 COMPOSIÇÃO

- Camada externa: espuma de poliuretano;
- Camada interna: gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica.

64.5 INDICAÇÃO

Prevenção ou tratamento de úlceras venosas e/ou lesões por pressão não infectadas, com pouco ou nenhum exsudato.

64.6 CONTRAINDICAÇÃO

- Feridas infectadas;
- Feridas abertas com muito exsudato;
- Feridas com tecido desvitalizado e queimaduras de 3º grau.

64.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar o local onde será inserida a placa com SF a 0,9%;
- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar o local onde será inserida a placa com SF a 0,9%;
- Secar a pele;

- Escolher o hidrocolóide (com diâmetro que ultrapasse a borda da área que pretende-se evitar a ulcera em pelo menos 3 cm. O hospital também dispõe da placa de hidrocolóide contorno sacral);
- Aplicar o hidrocolóide, segurando-o pelas bordas. Ao aplicar a cobertura, deve ser assegurada margem de aproximadamente 2 cm, para aderir á pele íntegra.
- Pressionar firmemente as bordas do hidrocolóide e massagear a placa para perfeita aderência. Se necessário reforçar as bordas com micropore;
- Datar.

64.8 PERIODICIDADE DA TROCA

Trocar o hidrocolóide sempre que o gel extravasar ou o curativo descolar, saturar ou no máximo a cada 7 dias. Sempre observar a data de última aplicação.

64.9 OBSERVAÇÕES

- O HU-UNIVASF adotará a placa de hidrocolóide como curativo prioritariamente de caráter preventivo.
- O gel criado pelo curativo é, em geral, “purulento” na aparência, com odor acentuado e não deve ser confundido com infecção.

64.10 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

64.11 REFERÊNCIAS

BLANES, L. Tratamento de Feridas. Cirurgia Vascular, guia ilustrado. São Paulo:2009. Disponível em:[https://artedecuidar.webnode.com.br/files/200000015-Oad7cOb337/tratamento de feridas](https://artedecuidar.webnode.com.br/files/200000015-Oad7cOb337/tratamento%20de%20feridas).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível < <http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

64.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos: objetivos, descrição do procedimento e observações.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Data: ____/____/____

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem) Data: ____/____/____

65. CURATIVO COM PLACA DE HIDROCOLÓIDE

65.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da Gaze Antimicrobiana.

Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação com solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

65.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

65.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e apoio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

65.4 COMPOSIÇÃO

Gaze Antimicrobiana é um curativo de gaze tecida 100% algodão, impregnada com PHMB (polihexametileno de biguanida) na concentração mínima de 0.2%.

65.5 MECANISMO DE AÇÃO

- O PHMB é um agente antimicrobiano que evita a contaminação do leito da ferida e combate infecções já instaladas.
- Promove rápida ação de absorção, aeração superior e excelente absorção.
- Possui um amplo espectro de ação contra micro-organismos Gram positivos e negativos, fungos e leveduras. Além disso, limita a contaminação cruzada.

65.6 INDICAÇÃO

- Feridas colonizadas e/ou infectadas, de baixa a alta quantidade de exsudato, agudas e crônicas;
- Feridas ulcerativas, deiscências operatórias, feridas cavitárias e feridas sangrantes;
- Prevenir a penetração de microorganismos no leito da lesão.

65.7 CONTRAINDICAÇÃO

- Pacientes com sensibilidade a alguns dos componentes;
- Feridas secas e sem controle de umidade.

65.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Limpar e irrigar bem a lesão;
- Na presença de tecido desvitalizado, aplicar camada de hidrogel/colagenase;
- Aplicar o produto preenchendo toda a extensão da ferida, de modo que o produto preencha totalmente a ferida (a gaze antimicrobiana deverá ser “ativada” irrigando-a com soro fisiológico a 0,9%);
- Ocluir com cobertura secundária estéril;
- Datar.

65.9 PERIODICIDADE DA TROCA

Feridas infectadas entre 24-48h horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária. Cabendo ao enfermeiro avaliar as características do curativo diariamente.

65.10 OBSERVAÇÕES

Feridas infectadas entre 24-48h horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária. Cabendo ao enfermeiro avaliar as características do curativo diariamente.

65.11 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

65.12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RIBEIRO, G. R. T. Atlas de Curativo Baseado nas Coberturas Padronizadas no Hospital Anchieta, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível < <http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

65.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 05 (mecanismo de ação), 06 (indicação), 7 (contraindicação) e 9 (periodicidade da troca).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera Bastos

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Mirada Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

66. CURATIVO COM GAZE ANTIMICROBIANA (KERLIX)

66.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo para as Ostomias. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

66.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

66.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e apoio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

66.4 INDICAÇÃO

Instituir condutas específicas destinadas a manutenção do estoma intestinal saudável, com avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento coletor.

66.5 FINALIDADE

- Realizar avaliações e intervenções específicas;
- Prevenir complicações;
- Promover cuidados e orientações com vistas ao autocuidado;
- Proporcionar conforto ao paciente;
- Promover adaptação à nova imagem corporal;
- Assegurar qualidade às ações de enfermagem.

66.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja não estéril;
- Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- Bolsa coletora com clamp próprio;

- Guia de mensuração do estoma ou pedaço de plástico transparente (ex: invólucro do pacote de gaze);
- Tesoura;
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- Gaze;
- Álcool à 70%;
- Equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
- Recipiente plástico graduado ou uma comadre;
- Saco plástico, forro impermeável ou papel toalha;
- Lixeira;
- Biombo.

66.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler o prontuário ou ficha do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Separar o material conforme o cuidado a ser executado, colocando-o na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira ou superfície fixa;
- Promover privacidade, utilizando biombo;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área tratada;
- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara, capote não estéril e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Observar os aspectos gerais de: cor, forma, tamanho, protusão e integridade;
- Lavar o estoma e a pele ao redor com jato abundante de SF 0,9% ou água em temperatura ambiente ou morna;
- Com ajuda de gazes ou bolas de algodão embebidas em SF 0,9% ou água; faça movimentos suaves ao redor do estoma e periestoma;
- Enxague bem para retirar fezes ou resíduos, a fim de evitar dermatite química ou de contato;
- Secar o local ao redor da ostomia (não colocar nada ao redor ou sobre a ostomia sem prescrição médica);

- Medir a ostomia, utilizando um medidor específico, e marcar o tamanho no papel (proteção) que recobre a placa protetora da bolsa;
- Antes de recortar, afastar a parte plástica anterior da posterior, tomando o cuidado de não perfurar a bolsa;
- Recortar a abertura inicial da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a ostomia;
- Retirar o papel protetor da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a ostomia, pressionando levemente contra a pele;
- Remover o papel protetor do adesivo lateral (quando existir) e fixá-lo na pele com uma leve pressão sem formar rugas;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização/CCIRAS.

66.8 PERIODICIDADE DA TROCA

- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 2/3 da metade da sua capacidade, o excesso de peso favorece o descolamento da mesma.
- Nas colostomias ao esvaziar a bolsa também acontece a eliminação de gases.
- Ao proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo fecal da bolsa estimule o paciente, caso estiver independente, a desprezar no vaso sanitário.
- Existem uma variedade de tipos e tamanhos das bolsas coletoras e dos flanges (placa ou disco), permitindo recortes que vão de 12 até 80mm, de acordo com o fabricante, podem ser de uma ou duas peças, e placas com disco convexo para os estomas retraídos.
- Em relação à troca das bolsas, se for drenável, deve-se trocá-la quando o material do flange (resina geralmente a base hidrocolóide) estiver esbranquiçada e ocorrer vazamento do efluente. Se a bolsa for fechada, a troca deve ocorrer quando a bolsa estiver parcialmente cheia.
- Para retirar a bolsa, pode-se estimular o paciente, se independente, a trocar a bolsa durante o banho de aspersão;
- Durante o momento da troca, orientar o paciente/família a realizar sempre a inspeção do estoma. Explicar que o estoma normal deve ser de cor rosa brilhante e úmido. Atentar quanto a presença de necrose, sangramento e prolapso do estoma;
- Os clamps são geralmente de dois tipos: o plástico rígido e côncavo com dois grampos que se encaixam com a extremidade da bolsa, e o flexível que deve ser enrolado 2 vezes dobrando-se as extremidades do clamp para dentro;
- O sistema coletor deve permanecer aderido, no mínimo, por 24 horas e no máximo por 6-7 dias. Deve-se evitar trocas constantes, prevenindo a ulceração da pele.

66.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

66.10 OBSERVAÇÕES

A pele deve estar seca para receber a nova bolsa, e não haver interferência na aderência do sistema coletor; no caso da ileostomia sugere-se o uso de chumaço de gaze sobre o estoma afim de absorver o efluente fecal e manter a pele seca durante a troca do dispositivo;

Cabe a equipe de enfermagem estimular o paciente e família na reabilitação social, o estímulo ao autocuidado é imprescindível para o alcance da qualidade de vida;

Para remoção da Bolsa: Indica-se preferencialmente a retirada durante o banho, pois o umedecimento do adesivo e o deslocamento da placa protetora suavemente da pele facilitam o procedimento. Indica-se que a troca ocorra pela manhã ou entre as refeições, pois nestes horários há uma diminuição da eliminação do conteúdo intestinal.

66.11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CESARETTI IUR, Santos VLG. Assistência em Estomaterapia: cuidando do Ostomizados. São Paulo: Atheneu; 2005.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível < <http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html <Acesso em 14 OUT de 2015>.

MENESES, L.C.G et al. Prática de Autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de Orem. Revista da rede de enfermagem no Nordeste, v.14, n.2, 2013.

66.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 05 (mecanismo de ação), 06 (indicação), 7 (contraindicação) e 9 (periodicidade da troca).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

67. CURATIVO DE OSTOMIAS

67.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização e troca de curativo de Cateter Venoso Central (CVC). Tendo em vista que os CVC's são responsáveis por uma significativa parcela das infecções hospitalares, cuidados com sua manutenção são fundamentais, tais como: limpeza do local de inserção do cateter com clorexidina alcoólica 0,5%; aplicação de curativo oclusivo estéril; inspeção e palpação do óstil de saída do cateter; limpeza das conexões com álcool 70%, controle rigoroso das soluções infundidas e da validade das conexões.

67.2 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.

67.3 CUIDADOS GERAIS

- **Local de punção:** Não realizar punção em veia femoral de rotina. O aumento do risco de infecção nesse sítio talvez seja limitado apenas para pacientes com índice de massa corpórea >28,4.
- **Inserção:** Higienizar as mãos com água e sabonete líquido associado à antisséptico (gluconato de clorexidina 2% ou PVPI 10%) ou preparação alcoólica para as mãos; **TODOS OS MÉDICOS CIRURGIÕES e ESTUDANTES** deverão utilizar barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo estéril ampliado. Utilizar também óculos de proteção;
- **ATENÇÃO:** O enfermeiro terá autonomia para suspender o procedimento eletivo caso não haja adesão às recomendações.
- **Preparo da pele:** Realizar fricção da pele com solução a **base de álcool**; gluconato de clorexidina 0,5 a 2%, PVPI alcoólico 10% ou álcool 70% (AI); para o álcool e o gluconato de clorexidina aguarde a secagem (espontânea) antes da punção; Para PVPI aguarde pelo menos 1,5 a 2,0 minutos antes da punção; somente uma aplicação é necessária; A

degermação previamente à antissepsia da pele é recomendada quando houver necessidade de reduzir sujidade.

67.4 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Cobertura, fixação e estabilização

Após a instalação do cateter, estabilizá-lo com dispositivos próprios para tal fim ou, na sua ausência, com alternativas de dispositivos de estabilização e fixação estéreis. **Realizar a limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2% (Padrão Ouro) ou álcool a 70%;**

Usar cobertura, gaze, filme transparente ou semipermeável estéril para cobrir a inserção do cateter.

Manejo e manutenção

- A cobertura com gaze estéril é preferível à cobertura com filme transparente em pacientes com discrasias sanguíneas, sangramento local ou para aqueles com sudorese excessiva. Se a escolha de cobertura for a gaze estéril, maior atenção durante o banho para não molhar! Datar ao final da realização do curativo;
- Toda manipulação deve ser precedida de higiene das mãos e desinfecção das conexões com solução contendo álcool 70%;
- Os cateteres venosos centrais de curta permanência devem ser mantidos com infusão contínua;
- Em situações extremas de restrição volêmica associada à dificuldade de acesso pode-se utilizá-lo de forma intermitente.

67.5 PERIODICIDADE DA TROCA

- Não realizar troca pré-programada de dispositivo, ou seja, não substituí-lo exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência (AI).
- A princípio, trocas por fio guia deveriam ser realizadas em complicações não infecciosas (ruptura e obstrução).

- Realizar a troca da cobertura com gaze estéril entre 24 a 48 horas, ou antes, se estiver suja, solta ou úmida e para cobertura transparente semipermeável a cada 7 dias, ou antes, se suja, solta ou úmida.

67.6 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

67.8 OBSERVAÇÕES

- A assepsia da pele com solução de gluconato de clorexidina alcoólica 0,5%, no local em que será realizada a inserção do cateter, deve respeitar o tempo mínimo de dois minutos antes da punção. As práticas inapropriadas, como, assoprar, abanar ou utilizar gaze, levam ao aumento das chances de infecção, pois comprometem a eficácia do produto.
- Outro fator relativo à preparação da pele, em locais que será inserido o CVC, é a tricotomia com tricotomizador elétrico. Essa prática é indicada somente em casos de quantidade excessiva de pelos no local da punção ou quando eles dificultarem a manutenção dos campos cirúrgicos e a fixação das placas cirúrgicas e do curativo no período pós-operatório.

67.9 REFERÊNCIAS

CANDIDO, Luiz Cláudio. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC-SP, 2001. CONVATEC. Aquacel Ag. [citado 2006 Feb 08] Disponível em [URL:www.convatec.com.br](http://www.convatec.com.br)

FERIDÓLOGO. Hidrofibra. [citado 2006 Feb 08] Disponível em URL: www.feridologo.com.br/index.htm/curhidrofibra.htm

JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo:Atheneu, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem. Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1>.

PEDROLO, E; DANSKI, M. T. R; MINGORANCE, P; LAZARRI, L. S. M; JOHANN, D. A. Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. Acta paul.enferm. vol 24. Nº2. São paulo: 2011.

SILVA, J. I. da; Leal, S. M. C ; Bittencourt, B. ; Viegas, K. Análise das etapas do processo de cuidado ao paciente com cateter central. Ciência, Cuidado E Saúde, 18(1). 2019. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.42170>

67.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens 1 (Objetivo) e 8 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

68 CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

68.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso dos Filmes Transparentes.

68.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

68.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, com auxílio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

68.4 COMPOSIÇÃO

É uma cobertura para ferimentos, estéril, composta por um filme de poliuretano, transparente, elástico, semipermeável, aderente a superfícies secas, associado a um adesivo hipoalergênico.

68.5 MECANISMO DE AÇÃO

- Possui permeabilidade seletiva, permitindo a difusão gasosa e evaporação de água;
- Impermeável a fluidos e microorganismos;
- Cria um ambiente semioclusivo favorável à cicatrização.

68.6 TIPOS DE FERIDAS

- Incisões cirúrgicas pouco exsudativas;
- Inserções de cateteres vasculares;
- Áreas doadoras de enxerto;
- Queimaduras superficiais;
- Biópsias de pele.

68.7 INDICAÇÃO

- Fixação de cateteres vasculares;
- Proteção de pele íntegra;
- Prevenção de ulcera de pressão;
- Cobertura de incisões cirúrgicas limpas.

68.8 CONTRAINDICAÇÃO

- Feridas com muito exsudato;
- Feridas infectadas;
- Se sinais de infecção ou irritação da pele forem observados.

68.9 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Com luvas estéreis, limpar a pele, ferida ou inserção do cateter com gaze e SF 0,9%, em seguida, com movimentos firmes e retos (trocando os lados das gazes) realizar a antisepsia da pele no local da inserção com Clorexidina Alcoólica 0,5% (enquanto o hospital não realiza a aquisição da Clorexidina Alcoólica 0,5%, deverá ser utilizado o álcool à 70%);

- Repetir o movimento descrito por 3x;
- Secar com gaze;
- Escolher o Filme Transparente do tamanho adequado, com diâmetro que ultrapasse a borda;
- Aplicar o Filme Transparente a incisão;
- Datar.

68.10 PERIODICIDADE DA TROCA

- Trocar quando perder a transparência, descolar da pele ou se houver sinais de infecção ou sete dias.
- Um pequeno acúmulo de exsudato seroso sob o filme nas primeiras 24-72 horas é normal, não precisando retirar ou trocar o curativo.

68.11 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

68.12 OBSERVAÇÕES

- A ação acima descrita deverá ser realizada em uso de Filmes Transparentes Estéreis.
- No contato direto com lesão, dispensa curativo secundário.
- OBRIGATORIAMENTE após punção de CVC deverá ser adotado o curativo compressivo com gaze. O Filme Transparente deverá ser utilizado apenas em pacientes que seguem os requisitos.

68.13 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

(Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

RIBEIRO, G. R. T. Atlas de Curativo Baseado nas Coberturas Padronizadas no Hospital Anchieta, 2017.

68.14 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 04 (composição), 05(mecanismo de ação), 06 (tipos de ferida), 08 (contraindicação) e 10 (periodicidade da troca).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguera

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

69 CURATIVO COM FILME TRANSPARENTE

69.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso do Hidrogel/Colagenase.

69.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

69.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

69.4 COMPOSIÇÃO

Gel transparente, incolor, composto por: Água (77,7%); Carboximetilcelulose - CMC (2,3%); Propilenoglicol – PPG (20%); Pectina; Podemos encontrar o hidrogel com os quatro componentes, ou com apenas alguns deles.

69.5 MECANISMO DE AÇÃO

- Amolece e remove o tecido desvitalizado;
- Água: mantém o meio úmido;
- CMC: facilita a reidratação celular e o desbridamento;
- PPG: estimula a liberação de exsudato;
- Pectina: absorve a água formando soluções coloidais viscosas e opalescentes (gel) com propriedades protetoras sobre as mucosas.

69.6 INDICAÇÃO

- Remover crosta e tecidos desvitalizados de feridas abertas.
- Feridas com crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necrosados;
- Queimaduras de 2º e 3º grau;
- Úlceras venosas e LPP.

69.7 CONTRAINDICAÇÃO

- Utilizar em pele íntegra;
- Incisões cirúrgicas fechadas;
- Feridas muito exsudativas;
- Fístulas.

69.8 MODO DE USO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;

- Espalhar uma fina camada do gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente. A aplicação pode ser feita com a própria bisnaga ou com auxílio de uma seringa desagulhada;
- Em feridas extensas pode-se espalhar o gel sobre o leito da ferida e utilizar como cobertura primária gazes embebidas em solução fisiológicas a 0,9% e AGE; **(Atenção: Sempre atentar para deixar a ferida úmida);**
- Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril.

69.9 PERIODICIDADE DE TROCA

Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária;

69.10 OBSERVAÇÕES

- O hidrogel poderá ser usado concomitante com outras coberturas. Na ausência do hidrogel, a collagenase poderá ser utilizada;
- Ao contrário do hidrogel, a collagenase não proporciona tanta umidade ao leito da ferida, porém também funciona como desbridante enzimático;
- É necessário que o enfermeiro realize escarotomia antes da aplicação de collagenase em áreas necróticas extensas a fim de proporcionar melhorias no seu efeito, já que há uma diminuição da sua absorção em regiões com necrose acentuada.

69.11 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

69.12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

69.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 06 (indicação), 07 (contraindicação), 08(modos de usar) e 10 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Manguiera Bastos

Lucas Borges de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

70 CURATIVO COM DESBRIDANTE ENZIMÁTICO HIDROGEL/COLAGENASE

70.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da Sulfadiazina com Prata a 0,1%

70.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

70.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

70.4 COMPOSIÇÃO

Sulfadiazina de Prata a 1% hidrofílica.

70.5 MECANISMO DE AÇÃO

O íon de prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bacteriana imediata e ação bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica.

70.6 INDICAÇÃO

Prevenção de colonização e tratamento da ferida (queimaduras).

70.7 CONTRAINDICAÇÃO

- Hipersensibilidade ao produto;
- Disfunção renal ou hepática;
- Leucopenia transitória;
- Mulheres grávidas;
- Crianças menores de dois meses de idade.

70.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Limpar e remover excesso de creme e tecido desvitalizado, se necessário;

70.9 PERIODICIDADE DA TROCA

No máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

70.10 OBSERVAÇÕES

- Sempre retirar o excesso de pomada remanescente a cada troca de curativo;
- Preferencialmente não usar a sulfadiazina com prata a 1% com outras coberturas especiais.
- O uso indiscriminado da sulfadiazina de prata causa citotoxicidade e pode levar à resistência microbiana.
- Tecidos desvitalizados ou necróticos, espaços mortos, coleções serosas e sanguíneas, bloqueiam a ação dos antibióticos tópicos. Desta forma, para tratar feridas infectadas a antibioticoterapia sistêmica é mais adequada.

70.11 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

70.12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

70.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO

2ª versão 29/09/2020 Informações complementares nos itens: 06(tipos de ferida), 07 (contraindicação) e 10 (observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Lívia Dias Mangueira

Lucas Borges de Oliveira

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

71. CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA 0,1%

71.1 DEFINIÇÃO

A tela de gaze não aderente é um curativo primário não aderente e estéril, indicado para lesões onde é necessário evitar a aderência do curativo ao leito da ferida, resultando numa troca indolor e com proteção do tecido

71.2 OBJETIVO

Cicatrização de lesões superficiais limpas.

71.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

71.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

71.5 INDICAÇÃO

- Feridas superficiais limpas;
- Feridas granuladas com pouco ou nenhum tecido desvitalizado;
- Áreas doadoras de enxertos;
- Úlceras, Abrasões e lacerações.

71.6 CONTRAINDICAÇÃO

- Feridas com cicatrização por primeira intenção;
- Feridas infectadas e com grande volume de exsudato;
- Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.

71.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Curativo em tela;
- 01 pacotes de gaze;
- Soro Fisiológico 0,9% 100ml;
- 01 compressa estéril (quando necessário).

71.8 COMPOSIÇÃO

Constituído por uma malha de acetato de celulose impregnada com uma emulsão de petrolatum.

71.9 MECANISMO DE AÇÃO

A uniformidade da malha que compõe a gaze, associada à emulsão de petrolatum proporciona uma cobertura primária com poros não ocluídos que impede a aderência do mesmo ao ferimento, além de facilitar o fluxo de exsudato para a cobertura secundária absorvente, além de manter o meio úmido, auxiliando no processo cicatricial.

71.10 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Usar os EPIs;
- Lavar a ferida com SF a 0,9% em jato;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário;
- Escolher o tamanho ou apresentação da tela que melhor se adapta à lesão. Se necessário, corte de forma (asséptica) que seja mínima a sobreposição na região ao redor da ferida;
- Aplicar o curativo diretamente sobre a ferida utilizando técnicas assépticas, umedecendo a tela com óleo AGE;
- Em casos de divisão, ocluir na própria embalagem a parte a ser utilizada na próxima aplicação;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril);
- Identificar a data e o nome sobre o curativo.
- Higienizar as mãos, conforme protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Registrar em prontuário, conforme item 09.

71.11 PERIODICIDADE DA TROCA

- Para feridas exudativas e não infectadas, efetuar a troca quando houver a perda da característica não aderente, ou no máximo a cada 72 horas.
- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada.

71.12 OBSERVAÇÕES

Sugere-se evitar o uso da gaze com petrolato em crianças devido ao risco de reações adversas pela formulação do produto, já que ele é um hidrocarboneto derivado do petróleo.

71.13 REGISTRO

Anotar a região onde foi instalada a tela, a data e a hora em formulário de evolução e anexar no prontuário do paciente. Assim, como descrever a ferida de forma detalhada. Lembrar de anotar data prevista para troca do mesmo. Assinar e carimbar.

71.14 REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. **Curativos** – orientações básicas. Caderno de Enfermagem em Ortopedia, Vol. 1, 32p. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006;

CURATEC. **Manual de Feridas e Coberturas**. Disponível: <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 11 de out de 2015.

CAMPOS, M. G. C. A; SOUSA, A. T. O; VASCONCELOS, J. M. B; LUCENA, S. A. P; GOMES, S. K. A. Feridas Complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: Ideia, 2016. SANTOS, J.B.D; PORTO, S.G; SUZUKI, L.M; SOSTIZZO, L.Z; ANTONIAZZI, J.L. Avaliação e tratamento de feridas: Orientações aos profissionais de saúde. Hospital das Clínicas. Porto Alegre: 2011.

SMANIOTTO, P. H. S.; GALLI, R; CARVALHO, V. F; FERREIRA, M.C. Tratamento clínico das feridas-curativos. Revista de Medicina. São Paulo: 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i3/4p137-141>.

71.15 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 01 (Definição), 04 (Indicação), 05 (Contraindicação) e 10 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Giselle Karine Muniz Melo

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Data: ____/____/____

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

72 CURATIVO COM GAZE NÃO ADERENTE IMPREGNADA COM EMULSÃO DE PETROLATUM

72.1 DEFINIÇÃO

O Aliviador de Pressão é eficaz para uso em pacientes acamados em internação hospitalar para serem utilizados como prevenção de úlceras por pressão, pois protegem do cisalhamento e fricção e absorvem a umidade que fragiliza a pele, garantindo sua integridade. Possui formatos em borboleta e redondo (sacral) para serem utilizados em áreas de difícil fixação que estão em contato com o leito e apresentam excelente custo-efetividade, pois possuem uma membrana inteligente de permeabilidade seletiva que controla a saída de vapor d'água e impede a entrada de água e bactérias, minimizando o risco de infecção.

72.2 OBJETIVO

Prevenção de úlceras por pressão em pacientes internados no HU - UNIVASF.

72.3 ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

72.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

72.5 INDICAÇÃO

- Prevenção de úlceras por pressão em áreas de proeminência óssea com alto risco de ulceração como: cotovelos, calcâneos, sacral, escapular, trocanteriana;
- Tratamento de úlceras por pressão estágio I a IV que possuem nível de exsudação baixo a moderado, localizadas em áreas que as pressões precisam ser aliviadas.

72.6 CONTRAINDICAÇÃO

- Feridas infectadas e altamente exsudativas.
- Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.

72.7 MATERIAL NECESSÁRIO

Curativo aliviador de pressão adequado para a área que se deseja proteger.

72.8 COMPOSIÇÃO

Composto de carboximetilcelulose sódica (hidrocoloide), alginato de cálcio, película de poliuretano, anéis de espuma de polietileno e adesivo microporoso. É um curativo de absorção superior que promove o meio ambiente úmido ideal para prevenir ou acelerar o processo de cicatrização de úlceras por pressão.

72.9 MECANISMO DE AÇÃO

Curativo oclusivo composto por duas camadas internas de partículas hidroativas à base de carboximetilcelulose sódica, e/ou pectina.

72.10 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Usar os EPIs;
- Identificar as áreas de proeminência óssea com alto risco de ulceração;
- Escolher o tamanho do aliviador que melhor se adapte à proeminência óssea;
- Com luvas de procedimento, colocar o paciente em posição segura e confortável e expor a região a ser prevenida;
- Com a ajuda de uma boneca de gaze estéril, lavar com soro fisiológico 0,9% a região a ser protegida;
- Secar a pele com a mão enluvada, utilizando a boneca de gaze, sem friccioná-la na pele;
- Retirar a luva e aplicar o aliviador de pressão;

- Identificar a data e o nome sobre o curativo;
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Registrar em prontuário, conforme item 09;

72.11 PERIODICIDADE DA TROCA

Deve ser trocado quando ocorrer extravasamento do gel ou descolamento das margens do aliviador, não ultrapassando 07 dias. Não exige cobertura secundária.

72.12 OBSERVAÇÕES

- O aliviador de pressão **possui** discos de espuma de poliuretano com marcação laranja na parte posterior que devem ser removidos de acordo com o tamanho da lesão para aliviar a pressão.
- Deve-se evitar o uso em áreas edemaciadas, pois o adesivo microporoso pode remover a pele durante a retirada da cobertura.

72.13 REGISTRO

Anotar a região onde foi fixado o aliviador, a data e a hora em formulário de evolução e anexar no prontuário do paciente. Lembrar de anotar data prevista para troca do mesmo. Assinar e carimbar.

72.14 REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. 82p.

CAMPOS, M. G. C. A; SOUSA, A. T. O; VASCONCELOS, J. M. B; LUCENA, S. A. P; GOMES, S. K. A. Feridas Complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa: Ideia, 2016.

COLOPLAST. Comfeel® Plus – **Aliviador de Pressão**. Disponível <<http://mcsurgical.com.br/comfeel-plus-curativo-de-hidrocoloide-aliviador-de-pressao/>> Acesso em 09 de out de 2015.

72.15 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Informações complementares nos itens: 04 (Indicação), 07 (Composição) e 10 (Observação).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Giselle Karine Muniz Melo

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

73. CURATIVO ALIVIADOR DE PRESSÃO

73.1 DEFINIÇÃO

É uma bandagem umedecida e não aderente, impregnada principalmente de óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral, utilizada para a realização de terapia compressiva inelástica em MMII.

73.2 OBJETIVO

Aumentar a pressão contra os músculos da panturrilha, auxiliar o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de úlceras em membros inferiores. Exerce força de compressão no membro acometido, promove fibrinólise e aumenta a pressão intersticial local, mantém o meio úmido necessário à cicatrização.

73.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

73.4 INDICAÇÃO

Em atendimento a prescrição médica.

73.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Atadura de rayon estéril (se necessário);
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Sabão neutro;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula (se necessário);
- Bota de Unna;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Papel Toalha ou gaze.

73.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ações de enfermagem:

- Conferir a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário.
- Higienizar novamente as mãos;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Retirar a bota anterior (se houver);

- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
- Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
- Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
- Trocar luvas de procedimento;
- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador.
- Utilizar o produto/cobertura adequado;
- Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés.
- Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.
- Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcânhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo.
- Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X.
- Ao chegar à altura da panturrilha, manter a perna apoiada, de modo que esta musculatura fique relaxada.
- Realizar enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, ou seja aproximadamente 2 (dois) dedos abaixo do joelho.
- Colocar gazes/ chumaços por cima da bota, no local da lesão. Enfaixar com ataduras de crepe no sentido distal proximal
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-PE;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;

73.7 RECOMENDAÇÕES

*No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo - braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial.

- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir número de voltas na região do pé e calcâneo.

- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.
- Na presença de sujidade na atadura e nas gazes as mesmas podem ser trocadas.
- Após a primeira colocação agendar retorno após 48 hs para avaliação. Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato.

73.8 BIBLIOGRAFIA

RIBEIRÃO PRETO. SMS. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas, 2011.

JORGE S.A; DANTAS S.R.P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas, 2003

BRIZZIO, E. Bandagens e técnicas de aplicação. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio, 2009

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas, 2010.

73.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ªVersão	04/11/2020	

Validação Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)	Data:
Elaboração/Revisão Maria Virgínia Pires Miranda Ianni Emmanuela Santana de Almeida Laiany Naiara Barros Gonçalves Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim	Data:
Análise	Data:

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)	
Aprovação Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)	Data:

74 CURATIVO BOTA DE UNNA

74.1 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF que tem pacientes que fazem uso de curativo de gaze não aderente.

74.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso de Morim-gaze não aderente.

74.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

74.4 COMPOSIÇÃO

Tecido não elástico e 100% algodão.

74.5 MECANISMO DE AÇÃO

Limita o risco de aderência à base da ferida. Ajuda a evitar o acúmulo de fluido no local da ferida, pois o exsudato passa para o curativo secundário de absorção.

74.6 INDICAÇÃO

- Necessidade de evitar a aderência do curativo ao leito da ferida, resultando em uma troca sem ou com diminuição da dor e com maior proteção do tecido.
- Cobertura primária na ferida aberta.
- Laceração de pele.
- Áreas doadoras de tecido.
- Enxertos de pele.
- Feridas abertas.
- Pele perilesional friável ou que se rompe facilmente.

74.7 CONTRA-INDICAÇÃO

- Feridas com secreção purulenta e grande quantidade de exsudato;
- Feridas fechadas;
- Lesões com tecido desvitalizado ou inviável.

74.8 MATERIAL NECESSÁRIO

Curativo morim (01 tela), gaze estéril (02 pacotes), compressa estéril (01) quando necessário, soro fisiológico 0,9% 100ml, atadura (01) quando necessário, esparadrapo;

74.9 MODO DE USAR

- Lavar as mãos antes e após cada curativo e preparo de bandeja com os materiais, mesmo que seja em um mesmo paciente.

- Utilizar Gorro, avental, máscaras, luvas e óculos de proteção
- Realizar antissepsia com álcool gel da bandeja;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos novamente, conforme protocolo de Higienização das Mãos/CCIH;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Remover bastante o exsudato ou tecido desvitalizado, se necessário;
- Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
- Quando for trocar vários curativos no mesmo paciente, deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomia e fístulas em geral
- Escolher o tamanho ou apresentação da tela que melhor se adaptar à lesão. Se necessário, corte de forma (asséptica) que seja mínima a sobreposição na região ao redor da ferida;
- Aplicar o curativo diretamente sobre a ferida utilizando técnicas assépticas, umedecendo a tela com óleo AGE;
- Em casos de divisão, ocluir na própria embalagem a parte a ser utilizada na próxima aplicação;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (gaze ou compressa);
- Identificar a data, material usado e o nome do profissional sobre o curativo;
- Após o término do curativo, higienizar as mãos, conforme protocolo de Higienização das Mãos/CCIH;

74.10 ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS

- Avaliação criteriosa da lesão considerando o tipo de tecido no leito da lesão, exsudato, odor, borda da lesão e sua dimensão;
- Análise clínica do pacientes e possíveis complicações;
- A assistência deve estar baseada nas evidências científicas atuais para eficácia do cuidado as lesões de pele e anexos.
- Registro e classificação adequada das lesões contribuem para respaldo legal e retorno financeiro para a instituição contribuindo na melhora da assistência. NÃO ESQUECER – REGISTRAR CURATIVO (Colocar data, assinar e carimbar).
- A reavaliação da lesão no tempo indicado otimiza a terapia e previne complicações.

74.11 PERIODICIDADE DE TROCAS

A cada 24h ou conforme necessidade.

74.12 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia. **Cadernos de Enfermagem em Ortopedia**. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

CURATEC. **Manual de Feridas e Coberturas**. Disponível: <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 11 de out de 2015.

SANTOS, Joseane Brandão dos; et al. **Avaliação e tratamento de feridas**: orientações aos profissionais de saúde. HCPA: Porto Alegre, [2012-13].

SASSERON, Maria da Glória. **Atualidade em curativos oclusivos e semioclusivos**. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. Martinari: São Paulo, 2010. Cap. 9. P. 129-47.

74.13 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª versão	04/11/2020	

Validação Laiany Nayara Barros Gonçalves Chefe da Unidade de Segurança do Paciente	
Elaboração/Revisão Alany de Sousa Monteiro Belmont Iara Suely Gonçalves Freire de Sá Maria Virgínia Pires Miranda Rafaella Ayanne Alves dos Santos Ribeiro Vanizete Teixeira do Nascimento	
Análise Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)	Data: ____/____/____
Aprovação Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)	Data: ____/____/____

75 CURATIVO COM MORIM – GAZE NÃO ADERENTE

75.1 DEFINIÇÃO

As feridas cirúrgicas são feridas intencionais realizadas sob condições assépticas, de acordo com a necessidade e com fundamentação teórica, científica, e com instrumentais apropriados. Quando devidamente realizadas reduzem as agressões à pele e tecidos e facilitam a união das bordas e do processo de cicatrização.

75.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF que tem pacientes que irão necessitar do procedimento.

75.3 OBJETIVO

- Promover a limpeza da ferida.
- Prevenir infecção.
- Absorver o exsudato.
- Avaliar o sítio cirúrgico e a pele adjacente.
- Aliviar a dor.
- Promover proteção contra traumas mecânicos.
- Promover conforto, bem-estar e segurança.
- Oferecer imobilização e sustentação à ferida.
- Favorecer o processo de cicatrização.

75.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiro, técnico de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e de medicina sob a supervisão de seu supervisor.

75.5 INDICAÇÃO

Ferida cirúrgica com cicatrização por primeira intenção, com ou sem drenos.

75.6 CONTRA-INDICAÇÃO

Instabilidade hemodinâmica importante agravada pela mobilização do paciente durante o curativo

75.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de Proteção Individual - EPI- (óculo protetor, avental, pares de luvas de procedimento, 01 par de luvas estéreis e máscara cirúrgica)
- Bandeja de curativo com pinças cirúrgicas (Kelly, Anatômica, Dente de Rato e Tesoura).
- Frasco de soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%)
- Álcool 70% e algodão
- Gazes esterilizadas ou formas alternativas de curativos
- Recipiente de descarte
- Agulha 0,40 x 1,2 mm
- Fita adesiva hipoalérgica ou película transparente de poliuretano não estéril
- Lençol
- Compressa esterilizada, se necessário
- Faixa/atadura crepe, se necessário
- Foco de luz, se necessário

75.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico.
- Higienizar as mãos.
- Reunir os materiais necessários e encaminhá-los à unidade.
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira
- Colocar o biombo ao redor do leito, se necessário
- Prover iluminação adequada.
- Utiliza foco de luz, se necessário.
- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura.
- Colocar o recipiente de descarte próximo ao cliente.
- Colocar o impermeável coberto com lençol sob a região da ferida.
- Expor apenas a região onde será realizado o curativo.
- Paramentar-se com os EPIs.
- Abrir a bandeja de curativo com técnica asséptica.
- Abrir os pacotes de gazes esterilizadas em quantidade suficiente e colocá-las sobre o campo esterilizado, com técnica asséptica.
- Colocar as pinças sobre o campo da bandeja com os cabos voltados para a borda, manuseando-as pelo lado externo do campo.
- Fazer desinfecção da curvatura superior do frasco do SF 0,9% com algodão embebido com álcool 70% e perfurá-la com agulha 0,40 x 1,2 mm.

- Pegar o frasco do SF 0,9% e irrigar o adesivo do curativo fixado à pele, tanto o da ferida cirúrgica como o da inserção do dreno, quando este estiver presente.
- Remover os curativos (ferida cirúrgica sem e com dreno, quando houver) com cuidado, auxiliado por uma pinça, preferencialmente a “Dente de rato”, desprezando-o no recipiente de descarte e separando a pinça utilizada das demais ou remover o curativo com a mão enluvada e descartá-los ao término desse procedimento.
- Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.
- Limpar a ferida cirúrgica, em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida e trocando-a quantas vezes forem necessárias. Desprezá-las no recipiente de descarte.
- Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.
- Limpar as regiões laterais da ferida em sentido único, utilizando as faces da “trouxinha” umedecida e trocando-a quantas vezes forem necessárias.
- Montar uma “trouxinha” de gazes esterilizadas secas, utilizando a pinça cirúrgica.
- Passar a “trouxinha” de gazes sobre a ferida e, depois, nas suas laterais, utilizando todas as faces e trocando-a quantas vezes forem necessárias.
- Ocluir a ferida cirúrgica com gazes esterilizadas dobradas no sentido horizontal, conforme a quantidade de exsudato, e fixá-las com fita adesiva hipoalérgica, película transparente ou faixa crepe.
- Realizar a limpeza do sítio de inserção do dreno, se presente.
 - ✓ Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.
 - ✓ Passar a “trouxinha” umedecida no sítio de inserção do dreno, em movimentos circulares, estendendo à área adjacente, utilizando todas as suas faces. Trocar a “trouxinha” quantas vezes forem necessárias.
 - ✓ Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas secas, utilizando a pinça cirúrgica.
 - ✓ Passar a “trouxinha” seca no sítio de inserção do dreno, em movimentos circulares, estendendo à área adjacente, utilizando todas as suas faces. Trocar a “trouxinha” quantas vezes forem necessárias.
 - ✓ Montar outra “trouxinha” de gazes esterilizadas, utilizando a pinça cirúrgica, e umedecê-la com SF 0,9%.
 - ✓ Limpar a porção proximal do dreno, sempre trocando a “trouxinha” umedecida, quando necessário.
 - ✓ Ocluir o sítio de inserção do dreno com uma camada de gazes

esterilizadas e fixá-las com fita adesiva hipoalérgica ou película transparente. Caso ocorra hipersecreção, colocar compressa esterilizada ou bolsa simples para colostomia.

- Recolher os materiais.
- Retirar os EPI
- Recompôr a unidade e o paciente.
- Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura.
- Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis ao expurgo.
- Higienizar as mãos.
- Proceder às anotações de enfermagem, constando: técnica do curativo, localização e características da ferida, da pele adjacente e da secreção drenada, quantificação dos materiais utilizados e presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas.

75.9 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 168p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 201p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 66p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013, 66p.
- POTTER, P.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1480p.
- CHEREGATTI, A. L. et al. Técnicas de enfermagem. São Paulo: Rideel, 2009. 246p.
- POHL, F.F.; PETROIANU, A. Tubos, sondas e drenos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 547p.
- GEOVANINI, T. Tratamento de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014. 512p.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 4v.
- GELAPE, C. L. Infecção do sítio operatório em cirurgias cardíacas. Arq Brás Cardiol., v. 89, n. 1, p. 3-9, 2007.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.
- SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, 2007. 508p.
- LECH, J. Manual de procedimentos de enfermagem. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo: Martinari, 2006. 238p.

FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. Arq Cienc Saúde., v. 13, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2006.

DANTAS, S. R. P. E.; JORGE, S. A. Feridas e estomas. Campinas: Edição do Autor, 2005. 110p.

ARCHER, E. et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SCHULL, P. D. Enfermagem básica: teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Rideel, 2005. 501p.

McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. Classificação das intervenções e enfermagem (NIC). 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

ROGANTE, M. M.; FURCOLIN, M. I. R. Procedimentos especializados de enfermagem. Departamento de enfermagem do Hospital das clínicas UNICAMP. São Paulo: Atheneu, 2004. 227p.

DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, p.2-137, 2001.

TAZIMA, M.F.G.S.; VICENTE, Y.A.M.V.A.; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 259-64, 2008.

75.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	04/12/2020	

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Claudia Ferreira Mendes

Elca Janaina Tanuri Bento

Iara Suely Gonçalves Freire de Sá

Maria Filha Merçês

Maria Virgínia Pires Miranda

Marivaldo dos Santos Pereira

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Análise

Data: ____/____/____

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Aprovação

Data: ____/____/____

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

76 CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA**76.1 DEFINIÇÃO**

A NP é uma solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, sendo estéril e apirogênica. A mesma é acondicionada em recipiente de vidro ou plástico. Destinada à administração intravenosa em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar; visa a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas, em casos de desnutrição, anorexia, ingestão alimentar inadequada, dentre outras situações e devido à impossibilidade de tolerância à alimentação por via enteral decorrente de cirurgias do trato gastrointestinal.

76.2 OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração da Nutrição Parenteral (NP) em todos os setores do hospital que utilizam desse meio como fonte de oferta a reposição de proteínas, vitaminas e sais minerais necessários ao equilíbrio dietético do paciente.

76.3 VIAS DE ACESSO PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL

Pode ser administrada por via periférica ou central conforme a osmolaridade da solução. Para soluções com osmolaridade menor que 700 mOsm/L, a via periférica é a indicada, já para soluções com osmolaridade maior que esta, a indicação é por via central.

76.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros habilitados e capacitados para administrar a NP.

76.5 DIRETRIZES

Utilizar técnica asséptica, evitando contaminação, conforme orientação da CCIRAS.

76.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- 01 bomba de infusão;
- Equipo de nutrição parenteral estéril;
- Nutrição Parenteral Total;
- 01 par de luvas estéreis;
- Máscara descartável;
- Álcool 70%;
- Pacote de Gaze Estéril

76.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar ao paciente sobre o procedimento antes de executá-lo;
- Solicitar a NP junto à farmácia;
- Reunir todo o material;
- Colocar máscara descartável;
- Lavar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar o equipo na bolsa de nutrição parenteral;
- Fechar a pinça do equipo;
- Instalar o equipo na bomba de infusão;
- Abrir a pinça do equipo e preencher 1/3 da cápsula de gotejamento do equipo;
- Preencher toda a extensão do equipo com a nutrição parenteral através da bomba de infusão;
- Fazer antisepsia da extremidade do cateter venoso central com álcool a 70 %;
- Conectar a extremidade do equipo na extremidade do acesso venoso central;
- Conferir a vazão prescrita e programar na bomba de infusão;
- Desprezar material utilizado em local apropriado;
- Manter a unidade organizada;
- Lavar as mãos;
- Checar procedimento no prontuário;
- Manter vigilância sobre a vazão e programação de início e término da NP.

76.8 OBSERVAÇÕES E CUIDADOS PARA INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DA NP

- Conferir antes de instalar a NP: nome do paciente, número do leito, volume, validade da NP, a integridade da embalagem e se existe a presença de partículas estranhas na NP;
- O paciente, sua família ou responsável legal devem ser orientados quanto à terapia que será implementada, objetivos, riscos, vias de administração e possíveis intercorrências que possam advir;
- A solução somente deverá ser misturada à beira do leito do paciente, ou seja, a selagem entre as câmaras da bolsa devem ser rompidas somente no momento da instalação da nutrição parenteral;
- Caso o equipo tenha sido colocado na bolsa, o sistema será considerado como violado e não poderá mais ser armazenado;
- Caso a solução tenha sido misturada e o equipo não colocado, mas não será mais utilizada pelo paciente, então poderá ser armazenada por 7 dias em refrigeração ou 48 horas em ar ambiente;
- Não há exigência quanto à utilização de equipo fotossensível para administração da nutrição parenteral, no entanto, o seu uso é recomendável a depender da composição da dieta prescrita;
- Avaliar permeabilidade do cateter venoso central e seu local de inserção antes e durante a NP;
- A NP deve ser instalada em via exclusiva, não deve ser administrada junto com medicações, sangue ou outras soluções na mesma via. A necessidade excepcional da utilização da via da NP para administração de qualquer outra solução injetável, só pode ser feita após aprovação formal da Equipe Multiprofissional que assiste o paciente;
- No momento da administração, a NP deve estar em temperatura ambiente;
- Atentar para complicações da NP (hiperglicemia, hipoglicemia, infecção na inserção do cateter e na manipulação do mesmo durante a instalação da NP para não tracionar o cateter);
- Verificar Sinais Vitais e glicemia capilar antes de instalar a NP;
- Deve-se trocar equipo após cada infusão ou com 24 horas no caso de infusão única ou conforme orientação da CCIRAS;
- Deve-se manter controle rigoroso sobre os curativos de cateteres observando sinais flogísticos, extravasamentos e demais alterações;
- Registrar o controle sobre diurese, vômitos, diarreia, outras perdas e intercorrências com o paciente em prontuário;
- Ao fim da solução ou em casos de interrupção brusca e inadvertida da NP, deve-se instalar Soro Glicosado a 10% até que o próximo frasco de NP esteja disponível, comunicando imediatamente ao médico a fim de evitar hipoglicemia;

- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente, quanto ao: peso, sinais vitais, balanço hídrico, glicosúria e glicemia, entre outros;
- Conservação: é a manutenção em condições higiênicas e sob refrigeração controlada à temperatura de 2°C a 8°C da NP, assegurando sua estabilidade físico química e pureza microbiológica.

76.9 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria Nº 272 de 8 de abril de 1998.** Dispõe sobre a regulamentação técnica da Nutrição Parenteral. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SNVS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_272.pdf>. Acesso em: 14/06/2015.

COFEN. **Resolução Nº453 de 16 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre a atuação técnica da equipe de enfermagem em terapia nutricional.

CAIADO, SR. **Instalação e Administração de Nutrição Parenteral.** Procedimento Operacional Padrão – POP. Maio/2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/95158933/POP-Instalacao-e-Adm-NPP>>. Acesso: 15/07/2015.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddart: **Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica.** 12ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

Protocolo de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral-HGV. Teresina, 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_acf79f701f.pdf. Acesso em 23/07/2020.

BRASIL. **RESOLUÇÃO RDC N.º45, DE 12 DE MARÇO DE 2003.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/rdc0045_12_03_2003.html. Acesso em 23/07/2020.

76.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Inserção do item 3: (Vias de acesso para nutrição parenteral). Complementações no item 8: (Observações e cuidados para instalação e manutenção da NP).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Maurício Santana Sampaio

Sâmia Letícia Lima Ribeiro

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

77 INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

77.1 DEFINIÇÃO

Considera-se nutrição enteral o alimento para fins especiais, rico em nutrientes, que poderá ser administrado de maneira contínua, intermitente ou em “bolus” considerando o estado do paciente, localização da sonda, tipo de dieta, necessidades nutricionais e alimentação por via oral concomitante.

77.2 OBJETIVO

Melhorar o aporte nutricional e o estado geral do paciente.

77.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

A execução é feita por técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e estudante do curso de técnico de enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.

77.4 INDICAÇÃO

- Clientes que não podem ou não conseguem deglutir;

- Clientes com indicação de complementação nutricional;
- Clientes graves e intubados;
- Clientes com vômitos persistentes e lesões gástricas.

77.5 CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Obstrução intestinal;
- Íleo paralítico;
- Vômitos intratáveis;
- Necessidade de agentes inotrópicos positivos em doses altas;
- Isquemia intestinal;
- Peritonite difusa;
- Diarréia intratável.

77.6 VIAS DE ACESSO

Os acessos (entradas ou localizações) da nutrição enteral são:

- Estômago,
- Duodeno,
- Jejuno.

Um dos fatores determinantes para decisão da via de acesso é o período de utilização, no qual, sendo inferior a seis semanas, a via nasoenteral costuma ser a mais empregada.

77.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento;
- Frascos com nutrição enteral prescrita;
- Equipo próprio para nutrição enteral;
- Estetoscópio;
- Suporte de soro;
- Copo com água;
- Seringa de 20 mL;
- Bomba de infusão.

77.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado e orientar o paciente e/ou o familiar, sobre a importância do procedimento;
- Consultar a prescrição médica e verificar o rótulo da dieta;
- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Preparar o material;
- Preparar o paciente colocando-o semi-sentado com cabeceira elevada a 30°;
- Colocar as luvas de procedimento;
- Confirmar o posicionamento da sonda;
- Aspirar conteúdo da sonda antes de iniciar a administração da dieta;
- Verificar volume aspirado, caso o volume seja superior a 50 do volume a ser administrado, não administrar a dieta;
- Programar a bomba de infusão;
- Instalar o frasco da dieta no suporte de soro e preencher o equipo com a dieta;
- Lavar a sonda com 20 ml de água potável;
- Conectar o equipo da dieta a sonda e administrar a dieta por bomba de infusão, conforme prescrição, de forma contínua ou intermitente;
- Monitorar a infusão da dieta;
- Ao término da dieta, pinçar a sonda, retirar o equipo e lavar novamente a sonda com 20 ml de água potável ou administrar 50ml água livre, se prescrita pelo médico;
- Recompôr a enfermagem e o cliente;
- Realizar higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS.

77.9 REGISTRO

Proceder às anotações de enfermagem, como: cooperação do paciente, suspensão da dieta e ocorrências adversas.

77.10 RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

- Manter o cliente posicionado com a cabeceira elevada, para evitar refluxo da dieta e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Desligar a bomba de infusão de dieta enteral quando for necessário abaixar a cabeceira da cama para realizar algum procedimento que estimule o reflexo de tosse; trocar a fixação da sonda se estiver solta, observando a presença de lesões traumáticas ou alérgicas na pele adjacente ao local de inserção e fixação da sonda;
- Higienizar as narinas duas vezes ao dia, quando necessário, com cotonetes ou gazes umedecidas;

- Realizar a higiene bucal a cada 6 horas com creme e escova dental ou com clorexidina colutório, dependendo do nível de consciência do cliente;
- Lavar a sonda com 20ml de água na seringa, sob pressão manual, ao término de cada frasco de dieta, antes e após a administração de medicamentos e a cada 6 horas, quando a sonda estiver fechada, a fim de prevenir a sua obstrução;
- Verificar se os medicamentos prescritos e dispensados são compatíveis com a trituração e administração via sonda enteral;
- No caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e solubilizá-los em água separadamente devido ao risco de incompatibilidades físico-químicas;
- Não adicionar medicamentos nas fórmulas enterais;
- A utilização do fio guia para desobstrução da sonda é proibida e pode implicar em graves riscos para o paciente;
- Monitorar sinais de broncoaspiração (dispneia, cianose, tosse, queda da saturação de oxigenação e taquicardia) e evidencia radiológica de infiltrados no seguimento broncopulmonar;
- Observar/ relatar/ comunicar sinais de intolerância à dieta ou à sua vazão: distensão abdominal, náuseas/ vômitos e diarreia;
- Não tentar reintroduzir a porção do cateter que foi tracionado acidentalmente. Repassar o cateter novamente e aguardar/ confirmar o posicionamento pós-pilórico;
- Trocar o equipo de dieta a cada 24 horas;
- Realizar contenção mecânica das mãos do cliente que apresentar risco para a tração acidental do cateter enteral, quando prescrito pelo médico.

77.11 REFERÊNCIAS

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA. M.H.R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento operacional padrão enfermagem 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 05 de dez. 2015.

UNAMUNO M.R.D.L, MARCHINI J.S.: Sonda nasogástrica/nasoenterica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, ribeirão preto, 35:95 -101, jan. /mar. 2002.

PROTOCOLO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL DA COMISSÃO DE SUPORTE NUTRICIONAL. Goiânia: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, 2014.

PEIXOTO, A.L. Terapia nutricional enteral e parenteral.1. ed. Viçosa: A. S. Sistemas, 2015.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL. Terapia de Nutrição Enteral. –Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, Disciplina de Nutrologia e Unidade de Nutrição Clínica do HC-UFTM/Ebserh—Uberaba, 2018.

77.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Inserção dos itens: 5 (Contraindicações relativas) e 6 (Vias de acesso). Complementações no item 10: (Recomendações/Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Rita de Kácia de Sousa

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

78 INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

78.1 DEFINIÇÃO

Consiste em um método de terapia nutricional para auxiliar ou oferecer uma ingestão equilibrada de alimentos e líquidos adequada às necessidades do paciente. As necessidades nutricionais do paciente deverão ser determinadas depois de diversas análises como: estado nutricional, histórico de cirurgia e medicamentos e outros tratamentos médicos, efeito da patologia que acomete o paciente e perdas nutricionais decorrentes.

78.2 OBJETIVOS

- Fornecer nutrientes para a síntese e manutenção dos tecidos, órgãos e sistemas;
- Estimular os sentidos e a secreção salivar por meio da alimentação oral, que apresenta importantes propriedades antibacterianas;

- Fornecer aos pacientes, no período de internação, dietas terapêuticas específicas, além das apropriadas para o pré e pós operatório;
- Promover a oferta adequada de alimentos ao cliente, de modo seguro e qualificado, a fim de prevenir/evitar eventos adversos relacionados à assistência.

78.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Responsável pela prescrição: Médico e Nutricionista;
- Responsável pela administração: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

78.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

78.5 INDICAÇÃO

- Auxiliar na manutenção dos processos metabólicos de pacientes desnutridos ou com alto risco para desnutrição;
- Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita.

78.6 CONTRAINDICAÇÃO

Pacientes com impossibilidade de alimentação pela via oral.

78.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Recipiente próprio com dieta prescrita;
- Talheres descartáveis fornecidos pelo serviço de nutrição: colheres (colher de sobremesa e/ou sopa), garfo, faca, canudo;
- Papel toalha e/ou campo impermeável; Suporte para alimentação (mesa, bandeja individual ou superfície rígida);
- Equipamento de proteção individual adequado, caso o paciente apresente algum tipo de precaução;
- Lixeira para descarte adequado.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição do paciente, identificando o tipo de dieta prescrita;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, afim da aceitação plena e espontânea da dieta oral;
- Conferir a dieta prescrita com a fornecida pelo serviço de nutrição;
- Estimular sempre que possível o paciente a alimentar-se com a dieta oral fora do leito, preferencialmente sentado em uma cadeira;
- Em caso de restrição do paciente para saída do leito, deve-se obrigatoriamente posicionar o paciente em Fowler de forma confortável antes de iniciar o procedimento;
- Fazer a desinfecção do suporte para alimentação com gaze embebida em álcool 70%;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento, se indicado; ou colocar equipamentos de proteção individual em caso de existência de algum tipo de precaução;
- Abrir o lacre da embalagem dos talheres, colocando-os no suporte para alimentação, próximo ao paciente;
- Caso o paciente apresentar restrição para mobilização dos membros superiores, deve-se oferecer com o auxílio de um talher adequado à dieta oral em pequenas porções, se necessário utilize garfo e faca para cortar os alimentos maiores; repetindo a ação de forma que a dieta seja oferecida ao paciente para sua efetiva mastigação;
- Ao término estimular o paciente a realização da higiene oral;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material nos locais apropriados;
- Realizar a higienização das mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS.

78.8 REGISTRO

Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato da administração da dieta na ficha de observação e /ou evolução de enfermagem.

78.9 OBSERVAÇÕES

- Um horário diferenciado para a oferta da dieta poderá ser autorizados pelo nutricionista ou enfermeiro quando o cliente perder o horário da refeição devido a exames e procedimentos cirúrgico;
- O enfermeiro deverá comunicar ao médico, ao nutricionista e ao fonoaudiólogo a necessidade de ajuste da consistência da dieta em decorrência da limitação do paciente (disfagia, sonolência, confusão e alteração do padrão respiratório) ou indicação de nutrição enteral;
- A enfermagem deverá avaliar a aceitação da dieta e verificar os motivos da não aceitação;
- Quando detectar no paciente a ausência de dentição deve encorajar o uso de prótese dentaria, assim como também solicitar o ajuste da dieta pelo nutricionista;
- Os acompanhantes poderão oferecer a refeição ao cliente quando autorizados e orientados pela enfermagem ou fonoaudiólogo;
- Pacientes com alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas, alterações anatômicas de cabeça e pescoço, e/ ou com comprometimentos respiratórios: Estes pacientes podem apresentar como sintoma a disfagia orofaríngea (DO), que é uma alteração no processo de deglutição, podendo ocasionar descontrole das funções de respiração e alimentação, sendo necessária a avaliação do profissional de Fonoaudiologia para reabilitar o processo de deglutição e diminuindo assim, os riscos de aspiração laringotraqueal.
- **Pacientes Idosos**
 - ✓ Certificar-se que o paciente esteja em alerta e com adequado nível de consciência;
 - ✓ O posicionamento global correto: sentado na cadeira ou no leito;
 - ✓ Verificar a temperatura da dieta, que não deverá ser muito quente, pois o idoso tem a mucosa oral mais sensível. Dar preferência à dieta em temperatura ambiente;
 - ✓ Atentar para episódios de tosse durante ou após a deglutição, mudança na qualidade vocal e dificuldade respiratória, que poderão representar sinais e sintomas de broncoaspiração;
 - ✓ Oferecer a dieta em pequenas quantidades, de forma lenta, mantendo a observação constante do processo de deglutição.

78.10 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes Terapia Nutrológica Oral e Enteral em pacientes com Risco Nutricional. 15 de dezembro de 2008. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM. Administração de Dieta Oral. Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 04 de setembro de 2015.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO EM GASTRONTEROLOGIA. Dietoterapia. Disponível em: <http://www.clinicacedig.com.br/dicas/nutricao/item/dietoterapia.html>. Acesso em 25/07/2020.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM-Uberaba, 2016.

78.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens 01: (Definição), 02 (Objetivos) e 10 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Ianna Gabriela do Nascimento Moura

Fernanda Valéria Lopes Rocha

Luciana Silva Moraes

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

79. ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS E/OU LÍQUIDOS POR VIA ORAL

79.1 DEFINIÇÃO

Consiste em um método de terapia nutricional para auxiliar ou oferecer uma ingestão equilibrada de alimentos e líquidos adequada às necessidades do paciente. As necessidades nutricionais do paciente deverão ser determinadas depois de diversas análises como: estado nutricional, histórico de cirurgia e medicamentos e outros tratamentos médicos, efeito da patologia que acomete o paciente e perdas nutricionais decorrentes.

79.2 OBJETIVOS

- Fornecer nutrientes para a síntese e manutenção dos tecidos, órgãos e sistemas;
- Estimular os sentidos e a secreção salivar por meio da alimentação oral, que apresenta importantes propriedades antibacterianas;
- Fornecer aos pacientes, no período de internação, dietas terapêuticas específicas, além das apropriadas para o pré e pós operatório;
- Promover a oferta adequada de alimentos ao cliente, de modo seguro e qualificado, a fim de prevenir/evitar eventos adversos relacionados à assistência.

79.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Responsável pela prescrição: Médico e Nutricionista;
- Responsável pela administração: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

79.4 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

79.5 INDICAÇÃO

- Auxiliar na manutenção dos processos metabólicos de pacientes desnutridos ou com alto risco para desnutrição;
- Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita.

79.6 CONTRAINDICAÇÃO

Pacientes com impossibilidade de alimentação pela via oral.

79.7 MATERIAL NECESSÁRIO

- Recipiente próprio com dieta prescrita;
- Talheres descartáveis fornecidos pelo serviço de nutrição: colheres (colher de sobremesa e/ou sopa), garfo, faca, canudo;
- Papel toalha e/ou campo impermeável; Suporte para alimentação (mesa, bandeja individual ou superfície rígida);
- Equipamento de proteção individual adequado, caso o paciente apresente algum tipo de precaução;
- Lixeira para descarte adequado.

79.8 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição do paciente, identificando o tipo de dieta prescrita;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, afim da aceitação plena e espontânea da dieta oral;
- Conferir a dieta prescrita com a fornecida pelo serviço de nutrição;
- Estimular sempre que possível o paciente a alimentar-se com a dieta oral fora do leito, preferencialmente sentado em uma cadeira;
- Em caso de restrição do paciente para saída do leito, deve-se obrigatoriamente posicionar o paciente em Fowler de forma confortável antes de iniciar o procedimento;
- Fazer a desinfecção do suporte para alimentação com gaze embebida em álcool 70%;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento, se indicado; ou colocar equipamentos de proteção individual em caso de existência de algum tipo de precaução;
- Abrir o lacre da embalagem dos talheres, colocando-os no suporte para alimentação, próximo ao paciente;
- Caso o paciente apresentar restrição para mobilização dos membros superiores, deve-se oferecer com o auxílio de um talher adequado à dieta oral em pequenas porções, se necessário utilize garfo e faca para cortar os alimentos maiores; repetindo a ação de forma que a dieta seja oferecida ao paciente para sua efetiva mastigação;
- Ao término estimular o paciente a realização da higiene oral;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material nos locais apropriados;

- Realizar a higienização das mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS.

79.9 REGISTRO

Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato da administração da dieta na ficha de observação e /ou evolução de enfermagem.

79.10 OBSERVAÇÕES

- Um horário diferenciado para a oferta da dieta poderá ser autorizados pelo nutricionista ou enfermeiro quando o cliente perder o horário da refeição devido a exames e procedimentos cirúrgico;
- O enfermeiro deverá comunicar ao médico, ao nutricionista e ao fonoaudiólogo a necessidade de ajuste da consistência da dieta em decorrência da limitação do paciente (disfagia, sonolência, confusão e alteração do padrão respiratório) ou indicação de nutrição enteral;
- A enfermagem deverá avaliar a aceitação da dieta e verificar os motivos da não aceitação;
- Quando detectar no paciente a ausência de dentição deve encorajar o uso de prótese dentaria, assim como também solicitar o ajuste da dieta pelo nutricionista;
- Os acompanhantes poderão oferecer a refeição ao cliente quando autorizados e orientados pela enfermagem ou fonoaudiólogo;
- Pacientes com alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas, alterações anatômicas de cabeça e pescoço, e/ ou com comprometimentos respiratórios: Estes pacientes podem apresentar como sintoma a disfagia orofaríngea (DO), que é uma alteração no processo de deglutição, podendo ocasionar descontrole das funções de respiração e alimentação, sendo necessária a avaliação do profissional de Fonoaudiologia para reabilitar o processo de deglutição e diminuindo assim, os riscos de aspiração laringotraqueal.
- **Pacientes Idosos**
 - ✓ Certificar-se que o paciente esteja em alerta e com adequado nível de consciência;
 - ✓ O posicionamento global correto: sentado na cadeira ou no leito;
 - ✓ Verificar a temperatura da dieta, que não deverá ser muito quente, pois o idoso tem a mucosa oral mais sensível. Dar preferência à dieta em temperatura ambiente;
 - ✓ Atentar para episódios de tosse durante ou após a deglutição, mudança na qualidade vocal e dificuldade respiratória, que poderão representar sinais e sintomas de broncoaspiração;

- ✓ Oferecer a dieta em pequenas quantidades, de forma lenta, mantendo a observação constante do processo de deglutição.

79.11 REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes Terapia Nutrológica Oral e Enteral em pacientes com Risco Nutricional. 15 de dezembro de 2008. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM. Administração de Dieta Oral. Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 04 de setembro de 2015.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO EM GASTRONTEROLOGIA. Dietoterapia. Disponível em: <http://www.clinicacedig.com.br/dicas/nutricao/item/dietoterapia.html>. Acesso em 25/07/2020.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Normas e Rotinas da Enfermagem produzido pelo Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM-Uberaba, 2016.

79.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens 01: (Definição), 02 (Objetivos) e 10 (Observações).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Ianna Gabriela do Nascimento Moura

Fernanda Valéria Lopes Rocha

Luciana Silva Moraes

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Lucas Borges de Oliveira

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

80. CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DE DIETAS ENTERAIS MANIPULADAS

80.1 DEFINIÇÃO

Apresentar de forma uniformizada os procedimentos para conservação das dietas enterais manipuladas.

80.2 OBJETIVO

Garantir a qualidade e integridade na conservação e transporte das dietas enterais;

80.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Nutricionistas e Copeira (Empresa terceirizada).

80.4 INDICAÇÃO

Pacientes em uso de nutrição enteral (NE).

80.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- EPIs (Touca, Luva, Máscara, etc.)
- Frascos com dieta enteral envasada,
- Etiqueta de identificação,
- Caixa térmica,
- Caderno de protocolo.

80.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1 Nutrição Clínica e Copeira (empresa terceirizada)

- É responsabilidade do Nutricionista a supervisão de todas as etapas relacionadas ao processamento, conservação e transporte da NE manipulada (RDC nº 63/2000).
- O processamento (envase da dieta enteral), conservação e transporte deve ser realizado por copeira exclusiva para a essa atividade (empresa terceirizada), que deve seguir os procedimentos operacionais padronizados implantados pela Unidade de Nutrição Clínica.
- Toda dieta enteral industrializada preparada, deve ser conservada sob refrigeração, em geladeira exclusiva, com temperatura de 2°C a 8°C.
- As Dietas Enterais, já manipuladas, só devem ser expostas à temperatura ambiente durante o tempo necessário para o transporte e administração, a fim de não comprometer a segurança da dieta manipulada.
- O transporte da dieta enteral industrializada preparada é de responsabilidade da copeira do serviço de alimentação terceirizado e deve ser feito, em caixa térmica de modo a garantir que a temperatura se mantenha de 2°C a 8°C durante o tempo de transporte, que não deve ultrapassar 2 horas, além de ficarem protegidas de intempéries e da incidência direta da luz solar.
- Deve ser preenchido no caderno de protocolo as dietas enterais manipuladas entregues nos setores com as especificações dos pacientes. As mesmas devem ser entregues ao enfermeiro responsável pelo setor, o qual deve conferir todas as informações e assinar no caderno de protocolo o recebimento das dietas com data e horário.

Equipe de Enfermagem:

- O enfermeiro é o responsável pela conservação após o recebimento da NE e pela sua administração (RDC nº 63/2000).
- É da responsabilidade do enfermeiro o recebimento da NE, e devem ser observadas no recebimento: a) a integridade da embalagem e a presença de elementos estranhos ao produto. b) realizar a inspeção de recebimento, verificando as informações na etiqueta de identificação da dieta enteral (RDC nº 63/2000).
- Verificada alguma anormalidade na NE, a mesma não deve ser administrada e deve ser comunicado de imediato a Unidade de Nutrição Clínica (ramal: 6537) ou Serviço de Alimentação Terceirizado: ramal 6466 ou 6547).
- Deve-se administrar a dieta no horário prescrito, evitando deixar a dieta em bancadas por um longo período de tempo, a fim de não comprometer a sua conservação.
- Independentemente do tipo de dieta que deverá ser utilizado, a administração deve ser feita à temperatura ambiente. Se a dieta estiver guardada na geladeira, é preciso retirar o frasco e deixá-lo em temperatura ambiente por 30 minutos antes de administrá-lo.

- As dietas enterais industrializadas (após envasadas no frasco plástico descartável) devem ficar em temperatura ambiente por um período máximo de 4 horas.
- Qualquer mudança: suspensão, inclusão ou modificação da dieta deve ser comunicada a Unidade de Nutrição Clínica (ramal: 6537) ou Serviço de Alimentação Terceirizado: ramal 6466 ou 6547).
- **Em casos de não administração da dieta deve-se anotar em prontuário o motivo e comunicar imediatamente para que a dieta seja recolhida, ligando para o ramal da Unidade de Nutrição Clínica (6537) ou Serviço de Alimentação Terceirizado (6466 ou 6547).**

80.7 REGISTRO

Deve ser registrado diariamente no livro de ocorrências e prontuário do paciente as informações de rotina e/ou intercorrências.

80.8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em: 14/09/2015.

NESTLE HEALTH SCIENCE. Manual de orientação nutricional enteral em domicílio: informação e orientação para o paciente domiciliar. Mar/2013. Disponível em: http://www.nestle-nutricao-domiciliar.com.br/Files/documentos/AF_Manual_TNE19032013.pdf. Acessado em: 14/01/2016.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. Manual de boas práticas. Nutrição enteral. Disponível em: http://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/HRC/HRC_MANUAIS/V6_HRC_MANUAL_BOAS_PRATICAS_NUTRICA_O_ENTERAL_101215.pdf. Acesso em: 24/07/2020.

80.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2ª versão	09/11/2020	Alteração do título do documento.

Complementação do item 01, 02, 03, 04, 05 e 6.
Inclusão e complementação do subitem 6.1 e 6.2.
Exclusão do item treinamentos.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Helânia Virginia Dantas dos Santos
Izabelle Silva de Araújo Data: ____/____/____
Maiane Alves de Macedo
Sâmia Letícia Ribeiro Lima
Sara Miranda Tavares

Análise/ Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

81 SECREÇÃO DE ASPIRADO TRAQUEAL PARA CULTURA MICROBIOLÓGICA

81.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

81.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

81.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Fisioterapeutas, enfermeiros e médicos.

81.4 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica

81.5 MATERIAL NECESSÁRIO

Frasco estéril específico bronquinho (coletor azul com duas vias), disponível no laboratório; sonda de aspiração nº12 ou 14; látex para aspiração; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável; e touca.

81.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Deverá ser realizada por duas pessoas, uma que fará a aspiração e a outra que irá manipular o vácuo, que será utilizado para aspirar a amostra no frasco de coleta;

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;
- Calçar luvas de procedimento e colocar óculos de proteção e máscara;
- Posicionar o paciente adequadamente com a cabeceira elevada;
- Conferir régua de gases (funcionamento do vácuo);
- Calçar as luvas estéreis e preservá-las (manter a técnica asséptica);
- Conectar a sonda ao látex e o látex ao vácuo;
- Inserir a sonda de aspiração só até o final do tubo sem exercer, inicialmente, aspiração ou inserir a sonda de aspiração na traqueostomia, distante o bastante para estimular o reflexo da tosse;
- Realizar aspiração delicadamente, encerrando o movimento, tão logo, esteja presente a secreção no frasco coletor;
- Encaminhar ao laboratório.

81.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.
- Tipo de Exame

81.8 CONSERVAÇÃO

Conservar em temperatura ambiente até 2 horas após coleta, períodos maiores sob refrigeração (2 a 8 °C) até 12 horas.

81.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

81.10 OBSERVAÇÕES

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo
- Se um paciente com cânula ou tubo endotraqueal apresenta secreção traqueobrônquica em quantidade suficiente para a aspiração, instilar soro fisiológico no procedimento de aspiração traqueal pode ser ou não necessário. O critério para a utilização do soro deve ser a quantidade, fluidez ou espessamento das secreções traqueobrônquicas
- Volume mínimo para cultura aeróbia é de 1 ml, para pesquisa e cultura para fungos e micobactérias, o volume mínimo é de 5-10ml.

81.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA. POP/ CCIH/007/2016. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/PROCEDIMENTO+DE+COLETA+DE+MATERIAL+PARA+CULTURA.pdf/96a17a54-fbdb-4820-9c8d-7db3d33fb595>. Acesso: 15/09/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/lacen/modulo-ii-bacteriologia.pdf>

81.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/10/2020	Inclusão do item 8 (Conservação) Complemento dos itens 7 (Identificação da amostra) e 9(Observação)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

82 COLETA DE HEMOCULTURA

82.1 DEFINIÇÃO

A hemocultura é um exame que se baseia na pesquisa de microrganismos na corrente sanguínea de pacientes com suspeita de um quadro infeccioso como: febre de origem desconhecida, sépsis, endocardite, pneumonia, meningite, infecções em doentes imunodeprimidos e bacteremia. No entanto, a contaminação da hemocultura devido à técnica asséptica inadequada durante a coleta é comum, ocasionando diagnóstico incorreto e antibioticoterapia desnecessária.

82.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

82.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

82.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Técnicos do Laboratório, Enfermeiros e médicos.

82.5 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica.

82.6 MATERIAL NECESSÁRIO

Para coleta de hemocultura são utilizados frascos específicos que estão à disposição no Laboratório; Seringa de 20ml; algodão embebido com álcool; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável; e touca.

82.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Colher antes da administração de antibióticos;
- Lavar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Remover os selos das tampas dos frascos de hemocultura e fazer assepsia prévia nas tampas com álcool 70%;
- Desprezar o algodão usado e deixar outro sobre a tampa até a inoculação do sangue;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Garrotear o braço do paciente e selecionar uma veia adequada;
- Fazer a antisepsia com clorexidina alcoólica, friccionando a pele em círculos semiabertos a partir do ponto a ser punccionado. Secar por 30 segundos. Em seguida, aplicar novamente clorexidina alcoólica utilizando novo algodão ou gaze. Esperar cerca de 30 segundos para secar, repetir o procedimento por mais uma vez e aguardar secar;
- Calçar luvas estéreis e realizar a punção sem colocar a mão no local;
- Aspirar os seguintes volumes de sangue: adulto: 8-10 ml por frasco; crianças 3 ml por frasco; neonatos até 1 ano: 0,5 - 1,5 ml, preferencialmente > 1 ml por frasco; (se peso corporal < 1800 g, coletar apenas 1 amostra);
- Soltar o garrote;
- Retirar a agulha do local da punção;
- Pressionar o local da punção com gaze seca;

- Fazer a inoculação do sangue diretamente no frasco **sem fazer a troca da agulha**. Deixando-o escoar livremente, pois os frascos para hemocultura são fechados a vácuo. Homogeneizar a amostra por inversão do frasco, duas a três vezes;
- Identificar os frascos com nome do paciente, setor, data, hora, local da punção e número da amostra. **Caso use a etiqueta de identificação do paciente, não a coloque sobre o código de barras presente no frasco;**
- Encaminhar o material ao laboratório o mais breve possível **EM TEMPERATURA AMBIENTE.**

82.8 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Local da punção e número da amostra.
- Tipo de exame

82.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

82.10 OBSERVAÇÕES

- Toda requisição médica para exames microbiológicos deve conter obrigatoriamente: identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.
- Número de frascos a serem coletados: Para maior clareza, será definido neste documento que a coleta de uma amostra de hemocultura corresponde a uma punção. Cada punção corresponde a dois frascos para adultos ou um frasco para pacientes pediátricos até 13kg.
- Frascos utilizados e intervalos entre as punções: Endocardite bacteriana aguda: coletar três amostras de punções venosas diferentes (braço direito e esquerdo), no tempo zero, assim que requisitado, 30 e 60 minutos, totalizando 6 frascos, sendo que desses 6 frascos dois serão para anaeróbios. Endocardite bacteriana subaguda: coletar três amostras, nas primeiras 24 horas (zero, 30 e 60 minutos), de punções venosas diferentes. Colher, de preferência, as duas primeiras antes do início da febre. Se, após 24 horas de cultivo, não apresentarem crescimento bacteriano, colher mais três amostras. Infecções sistêmicas

e localizadas como sepses aguda, meningite, osteomielite, artrite ou pneumonia bacteriana aguda: coletar duas amostras de punções venosas diferentes, antes da antibioticoterapia, com intervalos de 30 minutos entre as punções. Se possível, 10ml a 20ml por amostra.

- Evitar a coleta durante o pico febril: A coleta de sangue durante o pico febril evidencia uma menor concentração de bactérias devendo por esse motivo ser evitada. No paciente com febre constante, colher em qualquer horário.
Não é indicada a troca de agulha para inoculação do sangue no frasco, exceto quando a punção for realizada através de scalpe, pois não há redução significativa na taxa de contaminação, além de aumentar o risco de acidente profissional e o custo do exame.
 - Coletar preferencialmente antes de iniciar a antibioticoterapia, se já estiver recebendo antibiótico, coletar o sangue 01 hora antes da próxima infusão de antibiótico;
 - Não é recomendado a técnica de coleta através de cateteres ou cânulas quando se podem utilizar punções venosas;
 - Punções arteriais não trazem benefícios na recuperação dos microrganismos quando comparadas com punções venosas. É inadequada a coleta de sangue via cateter venoso central pré inserido;
 - A identificação do frasco deve ser feita com esparadrapo, pois na fita crepe a identificação pode ser apagada na presença de líquidos;
 - O volume ideal corresponde a 10% do volume total do frasco de coleta;
 - O volume de sangue coletado é uma das variáveis mais críticas para a positividade do exame tanto adulto quanto criança. Quanto maior o volume coletado, maior será sua probabilidade de positividade;
 - O número de hemoculturas positivas pode auxiliar na interpretação do significado clínico, pois quando duas ou mais coletas são obtidas, os contaminantes geralmente crescem somente em uma delas;
 - Quando ocorrer a coleta de outros exames além da hemocultura, colocar primeiramente o sangue no frasco de hemocultura e não utilizar heparina na seringa.
- Hemocultura é um exame de URGÊNCIA!!!**

82.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

Manual de Coleta em Laboratório Clínico. 3ª edição. 2019.
<https://pncq.org.br/uploads/2019/PNCQ-Manual de Coleta 2019-Web-24 04 19.pdf>

Meio de cultura destinado ao isolamento de microorganismos em amostra de sangue-Hemocultura. LABORCLIN.2019. Disponível em: <https://www.laborclin.com.br/wp-content/uploads/2019/06/HEMOCULTURA-MANUAL.pdf>

82.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/10/2020	Inserção dos item 1 (Definição), Informações complementares nos itens: 7 (Descrição do procedimento) e 8 (Identificação da amostra)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

83 COLETA DE PONTA DE CATETER INTRAVASCULAR PARA CULTURA

83.1 DEFINIÇÃO

Infecções relacionadas a cateteres são clinicamente importantes e devem ser diagnosticadas rapidamente. A principal limitação da cultura da ponta do cateter é a necessidade da

remoção do cateter para a realização do exame, devendo ser coletada a parte mais distal (5cm) do mesmo.

83.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

83.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF

83.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e médicos

83.5 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica, a fim de orientar o diagnóstico e manejo de infecções relacionadas ao cateter venoso central. Não há indicação para realização desse procedimento na rotina.

83.6 MATERIAL NECESSÁRIO

Coletor universal (tampa vermelha); lâmina de bisturi ou tesoura estéril; gaze estéril; álcool a 70%; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável e touca.

83.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Deve ser salientado que os mesmos cuidados de desinfecção utilizados na introdução do cateter devem ser adotados no momento da retirada;
- Limpar a pele com clorexidina alcóolica antes de remover o cateter (no mínimo 3x);
- Colocar luvas estéreis e segurar a porção exposta do cateter e remover cuidadosamente o cateter do paciente, cuidar para evitar o contato com a pele;
- Segurar a porção distal sobre um recipiente estéril e cortar a ponta, aproximadamente 5cm (a que estava inserida na veia do paciente), com tesoura estéril ou lâmina de bisturi, deixando-a cair dentro do recipiente estéril, sem meio de cultura;
- **Não dobrar ou enrolar a ponta do cateter. É necessário que a ponta esteja reta para rolar sobre a placa do meio de cultura;**

- O material deve ser transportado em temperatura ambiente (20 a 25°C) imediatamente ao laboratório evitando sua excessiva secagem **(no máximo 15 minutos após coleta)**.
- Obs: Cateteres aceitáveis para cultura semi-quantitativa: Central, CVP, Hickman, Broviac, periférico, arterial, umbilical, alimentação parenteral e Swan-Ganz.
- **ATENÇÃO: Para melhor correlação clínica – infecção relacionada ao cateter – recomenda-se a coleta de hemocultura de sangue periférico no momento da retirada do cateter.**

83.8 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

83.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

83.10 OBSERVAÇÕES

- Enviar a ponta do cateter para cultura somente se houver sinal de infecção (inflamação no sítio de inserção, febre, sinais de sepse ou bacteriemia documentada sem foco de infecção aparente).
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA e/ou TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

83.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

HU-UFSC. Manual de coleta para exames microbiológicos.2018. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/laboratorio/2018/07/03/orientacao-de-coleta-e-solicitacao-de-exames-microbiologicos/>. Acesso em: 17/09/2020.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Diagnóstico das infecções relacionadas aos cateteres vasculares centrais no HIAE. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340226801DiagInfeccaoRelacCVCnoHIAE3.pdf>. Acesso em: 17/09/2020.

LABORCLIN.Cultura de ponta de cateter.2019. Disponível em: <https://www.laborclin.com.br/wp-content/uploads/2019/06/cultura-de-Ponta-de-Cateter.pdf>. Acesso em 17/09/2020.

83.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/10/2020	Inclusão do item 1 (Descrição), Complemento dos itens (Indicação) e (Descrição)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Data: ____/____/____

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

84. COLETA DE SECREÇÃO NASAL PARA CULTURA

84.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

84.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

84.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

84.4 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica.

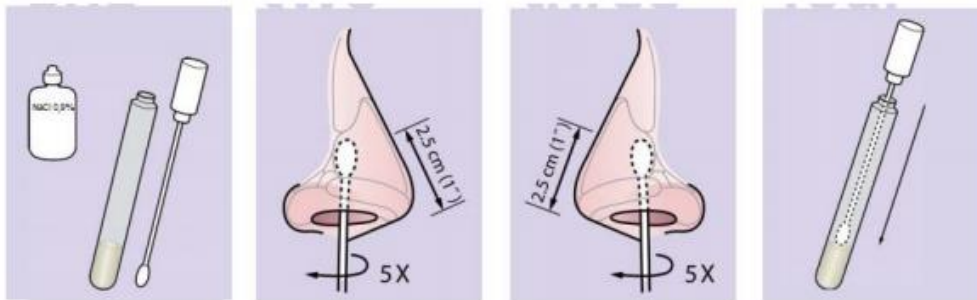
84.5 MATERIAL NECESSÁRIO

Swab com meio de cultura para transporte, disponível no Laboratório; pacote de gaze estéril; luvas de procedimento; óculos protetor; avental descartável; e touca.

84.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos com água e sabão ou higienizá-las com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover o excesso de secreção ou exsudato nasal;
- Inserir, delicadamente, o swab em aproximadamente 2,5cm de uma das narinas ou até sentir resistência e fazer movimentos rotatórios no mesmo sentido por 10 a 15 segundos.
- Remover o swab e colocá-lo em meio de transporte;
- Não refrigerar a amostra;
- Encaminhar o material o mais rápido possível ao Laboratório.

Figura 01: Desenho esquemático para coleta de secreção nasal.



84.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.
- Tipo de exame.

84.8 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

84.9 OBSERVAÇÕES

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

84.10 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica,** São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia.** 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

CEARÁ.SECRETARIA DE SAÚDE. LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA. Manual de coleta, acondicionamento e transporte de amostras para exames laboratoriais/(organizado por) Elza Gadelha Lima. (Et al.) – 5ª. Ed. Fortaleza: SESA, 2020.Disponível em: file:///C:/Users/SARA~1.TAV/AppData/Local/Temp/manual_coleta_marco_2020.pdf

84.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/10/2020	Complemento dos itens 6 (Descrição do procedimento) e 7 (Identificação da amostra).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

85 COLETA DE URINA PARA UROCULTURA**85.1 DEFINIÇÃO**

A urocultura é uma técnica quantitativa e, tradicionalmente, o diagnóstico é baseado no número de unidades formadoras de colônias/mL de urina (UFC/mL). O maior desafio para se obter resultados fidedignos do exame está na fase pré-analítica. A execução correta do procedimento de coleta e o adequado transporte da amostra são fundamentais. Mesmo quando a coleta é considerada apropriada, os índices de contaminação podem variar de 7 a 31%.

85.2 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

85.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

85.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros; O paciente também pode estar envolvido no processo de coleta.

85.5 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica.

85.6 MATERIAL NECESSÁRIO

Coletor universal (tampa vermelha); gaze estéril; material para higiene íntima (ver protocolo); material para sondagem de alívio (ver protocolo); luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável e touca.

85.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Amostra de urina de jato médio

Feminina

- Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;
- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento; separar os grandes lábios;
- Higienizar a área genital de frente para trás com gaze embebida em clorexidina aquosa a 0,2%, e, novamente de frente para trás, enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes); observar protocolo institucional;
- Manter os grandes lábios separados, desprezar o primeiro jato no vaso sanitário e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para o coletor universal (tampa vermelha). A porção final da urina deve ser desprezada;
- Encaminhar ao laboratório o mais rápido possível.
- **A coleta do jato médio urinário deve ser evitada durante o período menstrual.** Na necessidade de coletar amostra neste período a paciente deve ser orientada a utilizar
- absorvente interno e posteriormente realizar o procedimento de higiene íntima conforme descrito acima.

Masculina

- Lavar as mãos; calçar luvas de procedimento;
- Retrair o prepúcio (se necessário), higienizar a genitália externa com gaze embebida em PVPI – Iodo (assim que o HU –UNIVASF fizer a aquisição da clorexidina aquosa a 0,2% esta deverá ser usada em substituição ao PVPI- Iodo), novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes), dando atenção especial ao meato uretral, enxaguar a região para retirar a clorexidina utilizando outra gaze umedecida em água (repetir o procedimento com água duas vezes); observar protocolo institucional;

- Desprezar o primeiro jato no vaso sanitário e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para o coletor universal (tampa vermelha) e desprezar a porção final no vaso sanitário. Deve-se ter especial atenção para não tocar no interior do frasco e não o encostar na pele.;
- Encaminhar ao laboratório o mais rápido possível.

Amostra de urina de qualquer jato

- É a amostra obtida de crianças com o auxílio de um saco coletor ou de pessoas de idade que não conseguem fazer retenção urinária para a micção. Esse método fornece os maiores índices de resultados falso-positivos;
- Orientar aos pais ou cuidadores que deem banho na criança e removam completamente qualquer resíduo de pomadas ou cremes;
- Fazer a higiene da região genital, coxas e nádegas com gaze embebida em clorexidina aquosa a 0,2%;
- Enxaguar a área limpa (de frente para trás) com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes). Observar protocolo institucional;
- Utilizando outra gaze embebida em água e enxaguar retirando o sabão ou a clorexidina;
- Fixar o saco coletor assepticamente;
- Trocar o saco a cada 30 minutos repetindo a higiene a cada troca;
- Após a micção, retirar cuidadosamente o coletor (não transferir para outro recipiente), fechar e enviar ao laboratório o mais rápido possível.

Pacientes com cateter urinário

- Fechar a sonda **30 minutos antes da coleta**.
- Utilizando gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina alcoólica, realizar a desinfecção da porção superior da cânula,
- aspirar quando possível 20ml da urina utilizando seringa e agulha estéreis.
- A urina deverá ser transferida para o coletor universal (tampa vermelha)
- e em seguida enviada ao laboratório o mais rápido possível. **NUNCA** coletar urina da bolsa coletora do cateter.

Urina coletada por sonda de alívio

- A passagem de sonda de alívio é preferencialmente indicada pelo médico e o procedimento é feito pela equipe de enfermagem. É recomendado desprezar o fluxo inicial (aproximadamente 30ml) antes de recolher a amostra para cultura. A decisão de passar sonda de alívio é do médico e não do laboratório.

Punção suprapúbica

- A amostra é coletada diretamente da bexiga, por seringa e agulha estéreis, após a desinfecção da pele com clorexidina alcoólica. A bexiga deve estar cheia e palpável antes da aspiração. Após a coleta, a amostra é transferida para um frasco estéril. Esse procedimento é realizado pelo médico do paciente e é indicado para cultura de anaeróbios e coleta infantil quando houver dúvidas na interpretação dos resultados da cultura de urina.

Urina de Primeiro Jato

- Esse tipo de amostra pode ser utilizada como substituto da secreção uretral para pesquisa de agentes infecciosos da uretra, quando essa é escassa ou não pode ser obtida por cultura. Higienizar a área genital conforme descrito para urina jato médio, coletar os primeiros 10ml de urina.

85.8 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado e como foi coletado: urina jato médio, colhida com saco coletor, colhida com sonda de alívio ou punção.
- Tipo de exame

85.9 REGISTRO

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

85.10 OBSERVAÇÕES:

- Coletar a urina, sempre que possível, antes da antibioticoterapia. **NUNCA coletar urina de**

comadre ou papagaio ou do sistema fechado de sondagem (coletor de urina).

- Obter a primeira urina da manhã sempre que possível ou reter a urina na bexiga por no mínimo 2 horas antes de realizar a coleta. A permanência da urina na bexiga por pelo menos 4 horas é o ideal pois diminui o número de resultados falso negativos. **Não forçar a ingestão de líquido a fim de induzir a micção do paciente**, líquidos em excesso irão diluir a urina, diminuindo a contagem de colônias ou gerando resultados falso negativos.
- As amostras devem ser transportadas em até 2 horas em temperatura ambiente (20 a 25°C) ou sob refrigeração (2 a 8°C) em até 24 horas.
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

85.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORAL. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): boas práticas em microbiologia clínica.** Barueri, SP: Manole: Minha Editora, 2015

85.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO

2ª versão 01/10/2020 Inclusão do item 1 (Descrição) e Complemento dos itens 7 (Descrição do procedimento); 8(Identificação da amostra) e 10 (Observação).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem) Data: ____/____/____

86 BACILOSCOPIA (TUBERCULOSE E HANSENÍASE)

86.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

86.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

86.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Para a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes o paciente irá participar ativamente da coleta, no entanto a supervisão direta dos enfermeiros ou fisioterapeutas garante um melhor resultado.

86.4 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica.

86.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Baciloscopia para TUBERCULOSE: Coletor universal (tampa vermelha); luvas de procedimento; óculos protetor; avental descartável e touca;
- Baciloscopia para HANSENÍASE: Lâmina para esfregaço, lâmina de bisturi, pinça, gaze, álcool 70%, óculos protetor; avental descartável e touca.

86.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnica de coleta (Baciloscopia para TUBERCULOSE)

- O primeiro escarro da manhã, antes da ingestão de alimentos é considerado a melhor amostra;
- O paciente deve escovar os dentes, a mucosa bucal, a língua, **sem creme dental ou solução de bochecho**, e enxaguar a boca várias vezes com a água filtrada, inclusive com gargarejos;
- Quando for o caso, retirar a prótese dentária antes da higienização da cavidade oral. Lavar as mãos antes e após desse procedimento;
- Respirar fundo várias vezes, e tossir profundamente, a amostra deve vir do peito e não da garganta;
- Evitar a coleta apenas de saliva ou de volume inferior a 5 mL. Espuma não é valorizada como volume;
- Recolher o escarro expectorado dentro de um frasco de boca larga com tampa rosca ou coletor universal de tampa vermelha, fornecido pelo laboratório, encostando a borda do frasco abaixo do lábio anterior, certificando-se que não contaminou a parte externa do frasco;
- Fechar bem o frasco e levar ao laboratório.

ATENÇÃO:

- Intercorrências durante a coleta: em casos de vômito, interromper imediatamente a coleta e o pote deve ser descartado; em caso de expectoração com sangue ou hemoptise, o paciente deve ser avaliado por um médico imediatamente para verificar a necessidade de interrupção do procedimento.
- **escarro obtido deve ser PURULENTO, amostras constituídas por saliva são impróprias para análise bacteriológica pois não representam o trato respiratório inferior.**

- Coletar a amostra sempre que possível antes da antibioticoterapia. Deverão ser coletadas duas amostras em dias consecutivos. A primeira amostra deve ser colhida de imediato, isto é, no local da consulta, em um lugar arejado e distante das pessoas. Se não for possível realizar a coleta no local da consulta, o paciente deve colher à noite, antes do jantar. O profissional de saúde deve entregar os escarradores já identificados e simular a técnica de coleta durante as orientações. Realizar a segunda coleta no dia seguinte, logo ao acordar.

Técnica de coleta (Baciloscopia para HANSENÍASE)

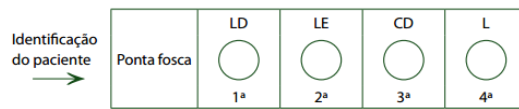
- É importante que o local seja arejado, limpo e com boa iluminação;
- Acomodar o paciente confortavelmente;
- Explicar o procedimento que será realizado. No caso de criança explicar também para a pessoa responsável;
- Observar indicações dos sítios de coleta na solicitação médica;
- Manusear a lâmina pelas bordas evitando colocar os dedos no local onde a amostra será distribuída;
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente e o local que foi colhida a amostra;
- No momento de cada coleta fazer antissepsia com álcool 70%, dos sítios indicados na solicitação médica;
- Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça;
- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material. Se fluir sangue no momento do Procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequada) enxugar com algodão;
- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme;
- O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância, de pelo menos 0,5cm entre cada amostra e assim sucessivamente. Os esfregaços devem estar no mesmo lado da parte fosca da lâmina;

- Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com algodão ou gaze embebido em álcool 70%, para que não ocorra a contaminação entre eles;
- Fazer curativo compressivo e nunca liberar o paciente se estiver sangrando.

ATENÇÃO:

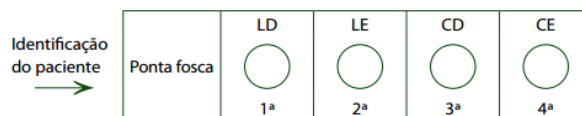
- **Sítios de Coleta do Raspado Intradérmico:** Em pacientes com lesões cutâneas visíveis ou áreas com alteração de sensibilidade, a coleta deverá ser feita em lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e lesão (L), conforme figura 1. Nas lesões planas, coletar no limite interno. Nos nódulos, tubérculos e placas eritematosas marginadas por microtubérculos, coletar no centro.

Figura 1 – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.



- Em pacientes que não apresentam lesões ativas visíveis, colher material do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE), conforme figura 2.

Figura 2 – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.



86.7 FRASCO UTILIZADO PARA COLETA E TRANSPORTE DA AMOSTRA

- Baciloscopia para TUBERCULOSE: coletor universal (tampa vermelha) ou frasco de boca larga com tampa rosca, ambos disponíveis no laboratório.
- Baciloscopia para HANSENÍASE: lâmina de vidro para microscopia, nova, limpa e desengordurada, com ponta fosca.

86.8 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;

- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.
- Tipo de exame

86.9 REGISTRO:

Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

86.10 OBSERVAÇÕES

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

86.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

86.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/10/2020	Complemento no item 7 (Identificação da amostra)

Validação

Data: ____/____/____

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

87 COPROCULTURA

87.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

87.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

87.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

87.4 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação médica

87.5 MATERIAL NECESSÁRIO:

Swab com meio de cultura para transporte (cary blair).

87.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Técnica de Coleta Simples

- Evacuar em um recipiente limpo e seco. Não é indicado evacuar sobre jornal ou papel higiênico;
- Retirar o swab da embalagem, passar o lado que contém o algodão nas fezes, de preferência nas partes da amostra que contém muco, sangue ou pus, quando presentes.
- Abrir o tubo contendo meio de transporte;
- Colocar a parte de algodão impregnada de fezes dentro do meio de transporte;
- Identificar o swab com a etiqueta disponibilizada pelo laboratório;
- Encaminhar o swab imediatamente ao Laboratório.

Técnica de Coleta Para o Swab Retal

- Introduzir o swab no ânus, aproximadamente 1 cm e fazer movimentos rotatórios suaves por alguns segundos. Retirar o swab, certificar que existe coloração fecal no algodão e introduzir o swab no meio de Cary-Blair e fechá-lo.
- Enviar ao Laboratório.

- Para facilitar a coleta, o swab pode ser umedecido em salina ou água destilada estéril.

Conteúdo De Colostomia, Ileostomia Ou Duodenal

Colocar em um coletor universal de tampa vermelha ou no meio de transporte Cary Blair e enviar imediatamente ao Laboratório.

87.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

O frasco deve estar identificado com a etiqueta de identificação disponibilizada pelo laboratório, onde irá conter os seguintes dados:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Número da solicitação
- Tipo de exame

87.8 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

87.9 OBSERVAÇÕES:

- Coletar a amostra durante a fase aguda da diarreia, preferencialmente antes da antibioticoterapia;
- Evitar que a amostra fecal tenha contato com a urina ou água do vaso sanitário;
- Não utilizar papel higiênico para coletar as fezes, pois ele pode ser impregnado com sais de bário, que são inibidores de patógenos fecais. Admite-se a coleta sobre fralda descartável nova, recolhendo-se as fezes APENAS DA PORÇÃO SUPERFICIAL DAS FEZES (NÃO COLETAR DAS FEZES EM CONTATO COM A FRALDA) logo após a evacuação, pois as fraldas podem ser impregnadas com sais de bário também;
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.

87.10 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

87.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	23/10/2020	Complemento no item 7 (Identificação da amostra)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

88 COLETA DE SECREÇÃO DE FERIDAS E ABCESSOS

88.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

88.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

88.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Médicos.

88.4 INDICAÇÃO:

O exame é realizado por indicação médica.

88.5 MATERIAL NECESSÁRIO:

Frasco estéril (quando for realizado aspirado) ou swabs com meio de cultura, ambos disponíveis no laboratório.

88.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnica de coleta simples:

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;
- Calçar as luvas estéreis;
- As margens e superfície da lesão devem ser descontaminadas com solução antisséptica aquosa e soro fisiológico, respectivamente;

- Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando-se, de preferência, aspirado com seringa e agulha. Quando a punção com agulha não for possível, aspirar o material somente com seringa tipo insulina;
- Se necessário, usar soro fisiológico para diminuir a viscosidade e facilitar a aspiração;
- Amostras coletadas com seringa e agulha deverão ser colocadas em um frasco estéril e encaminhado o mais rápido possível ao Laboratório.

Técnica de coleta de secreção de ferida com swab

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;
- Calçar as luvas estéreis;
- Optar pelo tecido aparentemente limpo e viável (granulação), pois é o local onde a infecção ocorre. A escarificação das bordas após antissepsia pode produzir material seroso que é adequado para cultura. Se a ferida apresentar excesso de esfacelos e tecido necrótico, eles deverão ser removidos previamente à coleta de swab;
- Não coletar o pus emergente;
- Quando a coleta for superficial, as margens da ferida devem ser descontaminadas com solução antisséptica aquosa e o restante da superfície da lesão deve ser limpa com solução fisiológica;
- O swab poderá ser colhido de duas maneiras: a primeira é pela técnica de Z (Zig-zag), atingindo pelo menos dez pontos, com o cuidado de não tocar nas margens da ferida, sendo que em cada ponto deve ser realizado movimentos circulares. A segunda é pressionar e rodar o swab em seu próprio eixo, sobre 1cm² do tecido de granulação durante cinco segundos, a fim de expressar o fluido do tecido que provavelmente abriga os microrganismos. A pressão exercida no tecido com a haste do swab é de extrema relevância para a coleta de material, uma vez que as bactérias se alojam tanto dentro das células como entre as membranas.

Técnica de coleta de biópsia da pele

- Descontaminar a superfície com solução antisséptica aquosa, que deverá ser removida com solução fisiológica logo após a antissepsia;
- Procedimento médico, coletar 3 mm a 4 mm de amostra;
- Colocar em recipiente estéril contendo solução fisiológica fornecido pelo Laboratório.

88.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

O frasco deve estar identificado com a etiqueta de identificação disponibilizada pelo laboratório, onde irá conter os seguintes dados:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Número da solicitação
- Tipo de exame

88.9 OBSERVAÇÕES

- Descrever o sítio anatômico da ferida bem como as informações adicionais (material de ferida superficial ou profunda). Essas informações são extremamente valiosas para o laboratório, auxiliando na interpretação dos resultados;
- **Swabs só serão utilizados quando não for possível a coleta de aspirado com seringa e agulha;**
- **Não coletar o pus emergente.** O material perto das margens da lesão e a parte mais profunda são mais representativos e possuem maior viabilidade de microrganismos;
- A cultura de secreções secas e crostas não é recomendada.
- A coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e desbridamento da lesão. Biópsia da pele é a técnica mais recomendada para feridas de queimaduras.

88.10 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

88.11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

88.12 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	23/10/2020	Complemento no item 7 (Identificação da amostra).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS

Sara Miranda Tavares

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

89. COLETA DE AMOSTRA PARA O DIAGNÓSTICO DE H1N1

89.1 OBJETIVO:

Padronizar as técnicas de coleta para o diagnóstico de H1N1.

89.2 ABRANGÊNCIA:

Todos os setores do HU-UNIVASF.

89.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:

Técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

89.4 INDICAÇÃO:

O exame é realizado por indicação médica.

89.5 MATERIAL NECESSÁRIO:

- Kit (swab + tubo com meio de transporte) disponível no Laboratório;
- EPI's que deverão ser utilizado no momento da coleta.

89.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos com água e sabão ou higienizá-las com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover o excesso de secreção ou exsudato nasal, se houver;
- Serão utilizados três swabs, um em cada narina e o outro na orofaringe.

- **Swab nas narinas:** inserir, delicadamente, o swab em aproximadamente 2,5cm de uma das narinas ou até sentir resistência e fazer movimentos rotatórios no mesmo sentido por 10 a 15 segundos.
- Remover o swab e colocá-lo em meio de transporte. Os dois swabs devem ser acondicionados dentro do mesmo tubo junto com o swab da orofaringe.
- **Swab orofaringe:** Introduzir o swab na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.
- Remover o swab da orofaringe e colocá-lo no tubo juntamente com os swabs nasais.
- Encaminhar o material o mais rápido possível ao Laboratório.

89.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

O frasco deve estar identificado com a etiqueta de identificação disponibilizada pelo laboratório, onde irá conter os seguintes dados:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Número da solicitação
- Tipo de exame

89.8 OBSERVAÇÕES:

Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.

89.9 REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica,** São Paulo, 3ªed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia.** 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

89.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	23/10/2020	Complemento do item 7 (Identificação da amostra).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Data: ____/____/____

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

90. COLETA DE CULTURA DE VIGILÂNCIA

90.1 OBJETIVO

Padronizar as técnicas de coleta para o exame de cultura de vigilância.

90.2 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HU-UNIVASF.

90.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

90.4 INDICAÇÃO

O exame é realizado por indicação do enfermeiro ou do médico.

90.5 MATERIAL NECESSÁRIO:

- Swab com meio de cultura para transporte, disponível no Laboratório;
- Luvas de procedimento;
- Óculos protetor;
- Avental descartável;
- Touca.

90.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos com água e sabão ou higienizá-las com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover o excesso de secreção ou exsudato nasal quando for coletado o swab nasal;
- Serão utilizados dois swabs: um swab nasal, que será introduzido nas duas narinas e um swab retal;
- **Swab nasal:** inserir, delicadamente, o swab em aproximadamente 2,5cm de uma das narinas ou até sentir resistência e fazer movimentos rotatórios no mesmo sentido por 10 a 15 segundos. Este mesmo swab deve ser inserido na outra narina e realizar o mesmo procedimento;
- **Swab retal:** introduzir o swab no ânus, cerca de 1 a 2 cm e fazer movimentos rotatórios suaves por alguns segundos. Retirar o swab, **certificar que existe coloração fecal no algodão** e introduzir o swab no meio de transporte
- Encaminhar os swabs (nasal e retal) o mais rápido possível ao Laboratório.

90.7 IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

Os swabs devem estar identificados com a etiqueta de identificação disponibilizada pelo laboratório, onde irá conter os seguintes dados:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Número da solicitação
- Tipo de exame

90.8 OBSERVAÇÕES

Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.

90.9 REGISTRO

Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

90.10 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **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-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ªed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

90.11 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	23/10/2020	Complemento nos itens 6 (Descrição do procedimento), e 7(Identificação da amostra).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Carine Rosa Naue

Data: ____/____/____

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)

Data: ____/____/____

91. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: COMO ELABORAR?

91.1 DEFINIÇÃO

Apresentar de forma uniformizada uma atividade técnico-assistencial com o objetivo de atingir determinado resultado esperado, livre de variações.

91.2 OBJETIVO

- Estabelecer regras para padronização e execução de ações;
- Esclarecendo dúvidas mantendo a segurança na realização dos procedimentos;
- Estimular a melhoria na assistência, nos processos de trabalho e resultados;
- Buscar índices de qualidade.

91.3 RESPONSABILIDADE

Setor de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS)

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração deste;

- Avaliar, validar e aprovar, juntamente com os setores/ unidades, os documentos sob sua responsabilidade;
- Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação;
- Garantir a remoção de documentos obsoletos das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação do hospital;
- Gerenciar a lista mestra de controle de documentos para manter atualizado os prazos de revisão (validade) bem como a relação de cópias controladas do hospital;
- Treinar líderes de qualidade das áreas no sistema de Gestão de qualidade para serem multiplicadores em suas áreas de atuação;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Sistema de Gestão da qualidade;
- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e incentivar a padronização.

Setores/Unidades

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/ rotina, protocolos, entre outros e envia-los ao Setor de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde para avaliar a padronização e catalogação, de acordo com as normas institucionais;
- Identificar os documentos externos, ou seja, a documentação regulamentar e inerentes às suas atividades, mantê-la atualizada e enviar para validação do SGQVS;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados;
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento e enviá-los ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde para atualização dos mesmos;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Setor/Unidade;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos;
- Gerenciar lista de documentos do setor/unidade.

91.4 FORMATAÇÃO

- Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados;
- A aplicação do logotipo nos documentos deverá seguir o Manual de Identidade Visual da Ebserh;
- A formatação deve seguir os padrões listados abaixo:

Cabeçalho:

- Logotipos do SUS, da universidade, do hospital, nome da universidade e do hospital, e à direita o logo da Ebserh;
- Campos “Tipo” e “Título do documento” - fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Identificação do tipo (ex.: norma operacional) e do título do documento - fonte Calibri, tamanho 11, caixa alta, negrito, centralizado;
- Codificação e numeração: identificação do documento por tipo e número (ex.: NO.SGQVS.001), alinhado à esquerda;
- Página: numeração de modo a permitir a identificação da página atual e do quantitativo de páginas do documento (ex.: 1/3). Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Versão: número da versão vigente. A cada alteração do documento a versão deverá ser atualizada sequencialmente. Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Emissão: data de emissão da versão correspondente.
- Próxima revisão: data da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma e em normativos do Hospital.

Corpo do Texto:

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento simples;
- Corpo do texto: tamanho 12 pontos;
- Citações recuadas: tamanho 11 pontos;
- Notas de rodapé: tamanho 10 pontos;
- Os títulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, caixa alta, tamanho 12, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.), com alinhamento à esquerda;
- Os subtítulos serão em negrito, caixa baixa, tamanho 12, numeração de subitem (Ex.: 1.1., 1.2., 1.3.), alinhamento à esquerda e tabulação em 1,25 cm;
- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 2 cm; inferior 2 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5. Espaçamento entre parágrafos de 6 pontos; recuo de parágrafo de 2,5 cm de distância da margem esquerda (exemplo, anexo I);
- As figuras ou fotos deverão ser dimensionadas de acordo com a necessidade, ficando centralizadas. A descrição (legenda) virá em caixa de texto alinhada à margem esquerda, indicando o número da figura e a descrição da figura com tamanho 10.

Histórico das Revisões:

- Deve vir no final de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, tamanho 12 com títulos destacados em negrito;
- Deverá conter as informações: versão, data e descrição da atualização.

Campo de Elaboração/Revisão, Análise, Validação e Aprovação:

- Fonte Calibri, tamanho 9 para o título na tabela;
- Tamanho 9 no conteúdo, com a identificação do setor responsável e/ou nome completo das pessoas, data e espaçamento simples.

Controle de Alterações

As mudanças em um documento devem ser identificadas no campo “Histórico de Revisão”, fonte calibri 12.

91.5 PASSOS PARA CONSTRUÇÃO

- Reúna grupos de trabalho para pesquisarem e discutirem sobre o assunto (pessoas que estão envolvidas na produção do serviço).
- Transcreva tudo que é feito em um papel e depois enumere o que foi escrito em sequência das ações que serão desenvolvidas.
- Estabeleça uma data para término da confecção do POP.
- Deve preferencialmente conter os seguintes tópicos:
 - ✓ **Definição:** em que consiste?
 - ✓ **Objetivos:** por que fazer?
 - ✓ **Profissionais envolvidos e abrangência:** quem faz? Qual setor?
 - ✓ **Indicação:** quando fazer o procedimento?
 - ✓ **Material necessário:** nesse campo citar todos os materiais imprescindíveis para a execução do procedimento.
 - ✓ **Descrição do procedimento:** como fazer? Onde fazer?
 - ✓ **Registro:** toda atividade deve ser registrada em prontuário.

- ✓ **Observações:** colocar esse tópico quando existir informação específica do POP que se está confeccionando.
- ✓ Outros tópicos podem ser incluídos, como por exemplo: **Riscos relacionados, Intervenções, Cuidados Especiais e Orientações ao paciente.**
- ✓ **Anexo ou impresso relacionado:** quando houver, manter como parte integrante do POP.
- ✓ **Quadro informativo com os participantes da elaboração do documento:** quem elaborou, quem aprovou, e o acordo da gerência imediata.
- ✓ **Controle de treinamentos:** Determinar a periodicidade de treinamento e o público-alvo.

91.6 ORIENTAÇÕES

- Sempre fundamentar em princípios científicos e na legislação atual;
- Buscar sempre relacionar a construção do POP ao processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Ser construído por quem executa o procedimento, uma vez que esse é o dono do processo, com apoio e avaliação da chefia de enfermagem e sob a orientação do Setor de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS);
- A elaboração do POP pode ser feita a partir da revisão de outro POP já existente no HU-WAB.
- Deve-se programar revisões a cada 2 anos ou sempre que necessária atualização de algo relevante sobre o assunto.

91.7 REFERÊNCIAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 01A/12, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, abril 2012;

GUERRERO, G.P, BECCARIA L. M., TREVIZAN M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-Am Enfermagem 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 18 de setembro de 2015.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Norma operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. NO. SGQVS 001. v.02, 30/07/2021. Brasília, 2019.

91.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	29/09/2020	Complementações nos itens: 1 (Definição), Inclusão do item 3 (Responsabilidade) e (Formatação).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Ianni Emanuela Santana de Almeida

Maria Virginia Pires Miranda

Análise

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Data: ____/____/____

Aprovação

Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem) Data: ____/____/____

92 PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE (INTRA-HOSPITALAR)

92.1 DEFINIÇÃO

Consiste em transferir o paciente que necessite de cuidados médicos especializados para uma unidade de internação específica.

92.2 OBJETIVO

Normatizar os procedimentos de transferência do paciente entre as diversas unidades de internação através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU.

92.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional - médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e assistentes sociais, assistente administrativo e profissionais da equipe de higienização

92.4 MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente;
- Presença de um familiar ou responsável quando necessário.

92.5 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

Setor de Origem:

- O médico assistente solicita a transferência do paciente após avaliação e validação do especialista via parecer médico, a partir da tela de prescrição médica – campo **CONSULTORIA**;
- O médico entrega a documentação referente à transferência (resumo de alta/transferência, prescrição médica e programação do retorno ao ambulatório se necessário) ao enfermeiro e faz as orientações necessárias para a continuidade do cuidado;
- O enfermeiro solicita o leito ao NIR;
- Se houver leito disponível, a solicitação de transferência será atendida, e o NIR irá informar o número do leito disponível;
- Se não houver leito disponível, o NIR comunicará à unidade de origem que não há vagas no momento, ficando a unidade aguardando o surgimento da vaga solicitada;
- Ao enfermeiro da clínica de origem cabe informar ao enfermeiro da clínica de destino sobre as condições do paciente a ser transferido;

- O enfermeiro solicita a presença do familiar/acompanhante quando necessário ao serviço social via Sistema de Gerenciamento de Demandas (SGD) - <http://sgd.huunivasf.ebserh.net/redmine>;
- O enfermeiro solicita ao assistente administrativo o protocolo de entrega do prontuário ao setor de destino, encaminhando o prontuário completo e organizado, com a ficha de primeiro atendimento, AIH, evoluções, prescrições, exames e escalas de Braden e Morse;
- O enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem, responsáveis pelo paciente, encaminham o paciente ao setor de destino (verificar o protocolo de “Transporte intra-hospitalar”);
- A transferência do paciente entre unidades NÃO deverá ocorrer entre os horários:
 - ✓ 06h30min às 07h30min
 - ✓ 12h30min às 13h30min
 - ✓ 18h30min às 19h30min
- Quando houver mais de um paciente para ser transferido para uma mesma unidade, sugere-se o intervalo de 20 minutos, porém poderá ser acordado entre os enfermeiros conforme possibilidade das unidades;

Setor de Destino:

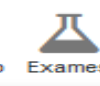
- Após a limpeza e preparo do leito, a unidade terá um tempo máximo de 30 min para admitir o paciente;
- O enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem recebem o paciente na unidade, verificando se o prontuário está completo, assinando o protocolo;
- O enfermeiro registra no AGHU a transferência do paciente no leito destinado ao mesmo, com DATA e HORA da transferência (Figura 2), com a mudança de especialidade, tendo como referência o especialista que respondeu a consultoria no sistema AGHU (Figura 3).

Figura 1: Módulo Internação – Transferir Paciente










Início

Pesquisa de Funcionalidade

FAVORITOS

Central de Pendências

Relacionar Procedimento SUS

Informações de Uso

Aviso de Solicitações a Execução

Agendas Por Unidade

Solicitação Internação/Autorização Hospitalar

Internar Paciente

Registrar Nascimento

Censo Diário dos Pacientes

Leitos

Transferir Paciente

Dar Alta ao Paciente

Administração

Escala de Profissionais

Pesquisas

Relatórios

Cadastros

Estornar Internação

Estornar Alta do Paciente

Início

Transferir Paciente

Pesquisar Paciente

Prontuário ? *

5171260/2

Pesquisar

Limpar

Figura 2: Ícone e campos obrigatórios para transferência do paciente no módulo Internação - CENSO HOSPITALAR.

[Início](#) [Censo Diário dos Pacientes](#)

Pesquisar Censo Diário dos Pacientes

Unidade Funcional ? Data ? *

29 04 - SALA DE OBSERVAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ? 14/07/2020 ?

Unidade Funcional Pai ?

[Pesquisar](#) [Limpar](#) [Imprimir](#)

Ações	Quarto	Prontuário	
	0000	51739258	MURILO CERQUEIRA ALVES

[Início](#) [Censo Diário dos Pacientes](#)

Dados da Internação

Prontuário Nome/Nome Social

5091145/2 MARIA DA CONCEIÇÃO MEDEIROS DE

Data Internação Convênio

14/07/2020 09:38 SUS - INTERNAÇÃO

Leito Quarto Unidade

002D

Sigla Especialidade

CIV VASCULAR

Transferir

Leito ? Quarto ? Unidade ?

108

108B	DESOCUPADO	01 1 - PRIMEIRO ANDAR
108D	DESOCUPADO	01 1 - PRIMEIRO ANDAR

Professor ? *

16203 PAULO FERNANDES SAAD ?

Selecione a data e hora da transferência ? *

14/07/2020 10:29 ?

[Gravar](#)

Figura 3: Campos obrigatórios para mudança da especialidade do paciente a ser transferido.

Transferir

Leito

109B

01 1 - PRIMEIRO ANDAR

?

Quarto

?

Unidade

?

Especialidade

CIV

CIRURGIA VASCULAR

?

*

Professor

?

*

Selecione a data e hora da transferência

?

*

15/07/2020 12:19

✓ Gravar

92.6 NIR:

- A solicitação de leitos através do NIR funciona de segunda a sexta-feira – 07h às 17h;
- Contatos:
 - ✓ Ramal 6543;
 - ✓ Grupo Gestão de Leitos – WhatsApp;
 - ✓ Celular Institucional Giselle Muniz e Saulo Xavier (central telefônica – disque 9);
- Na ausência do NIR, a rotina de transferência deverá ocorrer entre as unidades de internação.

92.7 INDICADORES:

- Tempo decorrente entre a solicitação da transferência até a admissão do paciente na unidade de internação;
- Tempo entre o término da limpeza do leito até a admissão do paciente transferido.

92.8 REFERÊNCIAS

AGHU. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/aghu>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 376/2011**. Disponível em: <[Http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3762011_6599.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3762011_6599.html)>. Acesso em: 01 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.

92.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	15/10/2020	Complemento dos itens: 1 (Definição), 2 (Objetivo), 5 (Descrição das atividades); Inclusão das figuras 1;2;3; e Inclusão dos itens 6 (NIR), 7 (Indicadores)

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Giselle Karine Muniz de melo

Saulo Bezerra Xavier

Análise/ Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)

Data: ____/____/____

93 PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE (INTER-HOSPITALAR)

93.1 DEFINIÇÃO

Consiste na transferência de paciente entre serviços de saúde, mediante desejo do próprio paciente ou seus familiares.

93.2 OBJETIVO

Normatizar os procedimentos de transferência externa do paciente entre as diversas unidades de saúde através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU.

93.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional - médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e assistentes sociais, assistente administrativo e profissionais da equipe de higienização

93.4 MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente;
- Presença de um familiar ou responsável quando necessário.

93.5 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

Setor de Origem:

- O médico assistente solicita a transferência do paciente ao Núcleo Interno de Regulação - NIR, através do preenchimento do **FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO SUREM (anexo 1)**, **FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO COVID19 (anexo 2)** ou **FORMULÁRIO DE RETAGUARDA**

(anexo 3) disponível no Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) ou no Público (P:);

- O médico comunica a solicitação de transferência ao enfermeiro, que providencia um documento de identificação e comprovante de residência do paciente, para anexar ao formulário de regulação;
- O enfermeiro solicita ao assistente administrativo/técnico de enfermagem o encaminhamento protocolado desse formulário preenchido e xérox dos documentos do paciente ao NIR;
- Se houver disponibilidade de leito no hospital de destino, a Central de Regulação Interestadual de Leitos Pernambuco-Bahia (CRIL PE-BA) irá autorizar a transferência, emitindo um relatório com um código (senha) de liberação da vaga.
- Havendo a indisponibilidade de vaga, o médico assistente atualizará o quadro clínico do paciente diariamente, com o envio dessa atualização ao SRAS, até disponibilidade da vaga ou desistência da regulação pela equipe médica;
- Leito liberado pela Central, o SERAS providenciará o transporte com o município de referência do paciente.
- O médico, enfermeiro e/ou o técnico de enfermagem, responsáveis pelo paciente, encaminham o paciente ao hospital de destino (verificar o protocolo de “Transporte inter-hospitalar”);
- O enfermeiro informa o Tipo Alta Administrativa: **TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL**, com a “Data e Hora Alta” e “Data e Hora Saída” no sistema AGHU (Figura 1).

Figura 1: Módulo Internação – Dar Alta ao Paciente – TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL.







Solicitação Internação/Autorização Hospitalar

Internar Paciente

Registrar Nascimento

Censo Diário dos Pacientes

Leitos

Transferir Paciente

Dar Alta ao Paciente

Administração

Escala de Profissionais

Pesquisas

Relatórios

Cadastros

Estornar Internação

Estornar Alta do Paciente

Início

Censo Diário dos Pacientes

Dar Alta ao Paciente

Dados da Alta do Paciente

Prontuário Nome/Nome Social

5014568/9 ANA MARIA DOS SANTOS

Tipo Alta Administrativa ? * Atestado Óbito ?

A	ALTA MÉDICA
O	ÓBITO
I	DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO
F	EVASAO
E	TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL

a e Hora Saída ? *
 08/2020 11:55

Documentos necessários para a transferência inter-hospitalar:

- Relatório da autorização de transferência com o número da SENHA, liberada pelo NIR;
- Orientações (impressas ou por escrito) médicas e das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia e outros;
- Exames de imagem, cópias dos exames laboratoriais e pareceres dos especialistas, como o parecer cardiológico, se necessário.

93.6 NIR:

- A solicitação de regulação através do SERAS funciona 24h, de domingo a sábado;
- Contatos:
 - ✓ Ramal 6543 e 6449;
 - ✓ Celular Institucional Giselle Muniz e Saulo Xavier (central telefônica – disque 9);

93.7 INDICADORES:

Tempo decorrente entre a solicitação da transferência até a liberação da autorização pela CRIL PE-BA;

93.8 REFERÊNCIAS

AGHU. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu>. Acesso em: 19 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 376/2011**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3762011_6599.html. Acesso em: 01 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.

93.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	15/10/2020	Complemento dos itens: 1 (Definição), 2 (Objetivo), 5 (Descrição das atividades); Inclusão da (figura 1), dos itens 6 (NIR), 7 (Indicadores) e Anexos 1,2, e 3.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Giselle Karine Muniz de melo

Saulo Bezerra Xavier

Análise/ Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde)

Data: ____/____/____

94 PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA ALTA HOSPITALAR**94.1 DEFINIÇÃO**

A alta é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do estado do paciente ou óbito. Outros motivos podem gerar a alta hospitalar, como a alta a pedido pelo paciente ou responsável (desistência do tratamento), a necessidade de transferência para um hospital especializado e a evasão hospitalar.

94.2 OBJETIVO

Normatizar os procedimentos de alta ao paciente através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU.

94.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional - médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e assistentes sociais, assistente administrativo e profissionais da equipe de higienização.

94.4 MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE ALTA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente e documentação referente à alta (resumo de alta, receituário, programação do retorno ao ambulatório e atestado quando necessário);
- Presença de um familiar ou responsável quando necessário.

94.5 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

Programação da Alta Hospitalar (24 horas de antecedência):

- O médico faz a programação da alta hospitalar a partir da tela de prescrição médica – campo **PREVISÃO DE ALTA**;
- A equipe multiprofissional faz o levantamento das necessidades do paciente para a continuidade do cuidado em casa;
- O serviço social faz contato com a família, agenda e verifica a necessidade ou não do transporte;

Alta Efetiva (no dia da alta hospitalar):

- O médico confirma a alta médica, registra no sistema AGHU (alta prescrita), imprime, assina e carimba o resumo de alta;
- O médico comunica ao enfermeiro sobre a efetivação da alta, entrega a documentação referente à alta (resumo de alta, receituário, programação do retorno ao ambulatório e atestado quando necessário) ao paciente ou a família e faz as orientações necessárias para a continuidade do cuidado;
- O serviço social, conforme a necessidade do paciente, faz os encaminhamentos necessários para a alta do paciente (transporte/vagas institucionais);
- O técnico de enfermagem, responsável pelo leito, entrega o cartão de alta ao paciente ou responsável, monitora a liberação do leito e retira equipamentos e utensílios utilizados pelo paciente, informando a hora da saída ao enfermeiro;
- O enfermeiro/assistente administrativo informa o **Tipo Alta Administrativa** e a **Data e Hora Alta** e a **Data e Hora Saída** no sistema AGHU no **módulo Internação – Dar Alta ao Paciente**;

Figura 1: Módulo Internação – Dar Alta ao Paciente.



Versão: 1.0.0

Pacientes
Internação
Prescrição
Ambulatório
Exames
Finalizar

Início
Dar Alta ao Paciente

Dar Alta ao Paciente

Prontuário ? *
Nome/Nome Social

Solicitação Internação/Autorização Hospitalar
Internar Paciente
Registrar Nascimento
Censo Diário dos Pacientes
Leitos
Transferir Paciente
Dar Alta ao Paciente
Administração
Escala de Profissionais
Pesquisas
Relatórios
Cadastros
Estornar Internação
Estornar Alta do Paciente

Figura 2: Tipo Alta Administrativa: Alta Médica, Óbito, Desistência do Tratamento, Evasão e Transferência para Outro Hospital

Início
Dar Alta ao Paciente x

Dados da Alta do Paciente

Prontuário
5173804/5
Nome/Nome Social
ALOIZIO FERREIRA DOS SANTOS FILHO

Tipo Alta Administrativa ? *
Atestado Óbito ?

A	ALTA MÉDICA
O	ÓBITO
I	DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO
F	EVASAO
E	TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO HOSPITAL

a e Hora Saída ? *
01/2020 11:39

✓ Registrar datas Alta/Saída paciente

Figura 3: Data e Hora Alta e Data e Hora Saída – Registrar datas Alta/Saída paciente.

Início
Dar Alta ao Paciente x

Dados da Alta do Paciente

Prontuário
5173804/5
Nome/Nome Social
ALOIZIO FERREIRA DOS SANTOS FILHO

Tipo Alta Administrativa ? *
A ALTA MÉDICA
Atestado Óbito ?

Data e Hora Alta ? *
01/01/2020 11:39
Tipo
Manual
Data e Hora Saída ? *
02/01/2020 11:39

Transferência

✓ Registrar datas Alta/Saída paciente

Figura 4: Ícone para liberação de alta no módulo Internação - CENSO HOSPITALAR.

	206A		DESOCUPADO
	206B	51639557	GEISKA MIRELLA BEZERRA JAQUES
Alta	207I		DESOCUPADO

O enfermeiro/técnico de enfermagem informa a liberação do leito à equipe de higienização;

Após higienização do leito, a encarregada irá comunicar ao enfermeiro/assistente administrativo, onde o mesmo irá alterar a situação do leito no sistema AGHU: **LIMPEZA DESOCUPADO**.



  	1071		LIMPEZA

Figura 5: Ícone para liberação de nova situação do leito hospitalar no módulo Internação - CENSO HOSPITALAR.

Início Censo Diário dos Pacientes x POL x

Liberar Leito

Leito
1071 01 1 - PRIMEIRO ANDAR 

Situação
BLOQUEIO LIMPEZA

Nova Situação ? *

Código	Descrição
0	DESOCUPADO

Nome Usual

Data Lançamento ? *
13/07/2020 12:30 

Justificativa ?

240 caracteres restantes.

 Liberar  Limpar

- O Bloqueio Administrativo/Reserva de leito deverá ser autorizado pela equipe do NIR;
- O técnico de enfermagem, responsável pelo leito, prepara o leito para nova internação;
- O enfermeiro - Chefe da Unidade de Internação definirá a ocupação dos seus leitos, priorizando o Bloco Cirúrgico, a Unidade de Terapia Intensiva, a Sala de Leitos Intermediários, a Sala de Emergência, a Sala de Observação e a Sala de Medicação.

Documentos Necessários para a Alta Hospitalar:

- Documentação referente à alta médica, com o detalhamento da situação clínica, medicações, orientações referentes aos cuidados necessários em caso de urgência e a contra-referência para a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência;
- Registro das orientações (impressas ou por escrito) das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e outros;
- Cópias dos exames e exames de imagem.

94.6 INDICADORES:

- Tempo decorrente entre data e hora alta/data e hora saída;
- Tempo entre a saída do paciente até a situação do leito desocupado;
- Tempo entre o leito desocupado até a situação do leito ocupado.

94.7 REFERÊNCIAS

AGHU. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/aghu>>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de

Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH. Fascículo da Estruturação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde nos HUF. 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/DAS+-+Linkar+-+Fasc%C3%ADculo+Estrutura%C3%A7%C3%A3o+SRAS+atualizado+27.03.17+novo.pdf/41d72353-2731-4001-85f2-f7c5ba69383d>>. Acesso em: 01 set. 2019.

94.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	14/10/2020	Complemento dos itens: 1 (Definição), 2(Objetivo); Inclusão das figuras 1, 2, 3, 4, 5. e 6 (Indicadores).

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da unidade segurança do paciente) Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Giselle Karine Muniz de melo

Saulo Bezerra Xavier

Análise/ Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde) Data: ____/____/____

95 PASSAGEM DE PLANTÃO

95.1 DEFINIÇÃO

É um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada. Este evento, constitui uma atividade fundamental para a organização do trabalho e a rotina do cuidar. A assistência hospitalar ao paciente é realizada de forma contínua e ininterrupta, durante todo o período em que o paciente estiver sob os cuidados da equipe de saúde do hospital.

95.2 OBJETIVO

- Garantia de continuidade e veracidade do cuidado.
- Transmissão de informações entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho
- Deve abordar sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

95.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores do Hospital Universitário do Vale do São Francisco no qual necessite da utilização de passagem de plantão.

95.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos em enfermagem

95.5 MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prontuários e Censo diário.

95.6 ETAPAS

Realizar **três atividades** antes do início da passagem de plantão:

- Realizar o Fechamento do plantão (troca de informações finais entre enfermeiros e técnicos do mesmo plantão);
- Agrupar os prontuários;
- Reunir a equipe

95.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A passagem de plantão tem como meta o tempo máximo de 20 minutos (10 minutos antes do início do plantão e 10 minutos após, e não deve haver recebimento do plantão antes dos 10 minutos que antecedem o início do plantão);
- Técnicos e enfermeiros passam plantão separadamente (técnicos para técnicos e enfermeiros para enfermeiros);
- O prontuário do paciente deve ser utilizado na passagem de plantão, sendo instrumentos básicos: prescrição médica, folha de controles e plano assistencial;
- É requerida a definição de um profissional de enfermagem de referência para o atendimento no posto central das chamadas ocorridas em paralelo à passagem de plantão, com o intuito de reduzir as interrupções, porém, garantindo o atendimento das necessidades dos pacientes;
- Ao passar o plantão, a equipe deve seguir um check-list com conteúdo específico a ser consultado no documento de comunicação intra-equipe (específico por setor).

Conteúdo do check-list:

- ✓ Curta/média permanência: nome, diagnósticos, motivo de internação, exames realizados e pendentes, evolução clínica/cirúrgica e condutas (objetivos), contexto social se importante. Observação: nos pacientes com tempo de internação > 4 dias os itens diagnóstico e motivo de internação podem ser suprimidos. Reforçar apenas o ponto mais crítico.
- ✓ Crônicos: nome, alterações clínicas e de conduta (objetivos), exames realizados e pendentes, contexto social se importante.

Profissional de referência para atendimento do posto de enfermagem:

- ✓ O profissional de referência para atendimento do posto central deve triar as solicitações que realmente devem ser transmitidas aos técnicos e enfermeiros, durante a passagem de plantão, das que podem aguardar seu término.
- ✓ Podem esperar: acompanhante solicitando resultados de exames, horário de visita médica, informação sobre doação de sangue, necessidade de atestado médico, informação sobre responsável pelo paciente no turno seguinte, solicitação de acompanhante que deseja ver o prontuário, etc.
- ✓ Não podem esperar: paciente com dor sem conduta em prontuário, sinais e sintomas alterados agudamente (mal-estar, hipertensão, hiperglicemia, hipoglicemia, febre, dispneia, etc.), necessidades fisiológicas, admissão de pacientes, terapia transfusional.

Equipe que receberá o plantão

- ✓ Distribuir os pacientes por técnico de enfermagem;
- ✓ Trocar informações entre os profissionais enfermeiros e técnicos sobre cada paciente, revisão das prescrições de enfermagem e médica e de seu aprazamento.

95.8 OBSERVAÇÕES

- ✓ As trocas de equipe serão feitas às 13, 19 e às 07 horas, com tolerância de atraso de 15 minutos;
- ✓ O funcionário deixará o serviço quando o próximo plantonista chegar;
- ✓ Deverá ser verificado a integridade dos equipamentos permanentes e o estoque de medicações e materiais;
- ✓ A equipe de enfermagem deverá utilizar uniforme padronizado pela instituição, com sapatos fechados, cabelos presos, touca nos setores fechados e jaleco;
- ✓ Não deverão ser utilizados brincos grandes ou qualquer outro adereço e/ou acessório com cores chamativas e inadequadas ao ambiente de trabalho;
- ✓ O funcionário deve usar o crachá;
- ✓ As unhas devem ser mantidas curtas e limpas, asseio pessoal adequado sem presença de odores desagradáveis;
- ✓ Deve-se observar as recomendações da NR-32.

Atentar para os fatores que interferem na passagem de plantão:

Ausência de comunicação direta
Falta de clareza dos registros
Pouco tempo dispensado
Superlotação das unidades
Documentação insuficiente
Atrasos dos colegas
Não valorização da passagem de plantão

95.9 REFERÊNCIAS

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa ALBERT EINSTEIN - Recomendações para a Passagem de Plantão entre turnos (Documento Institucional, desde 2010).

95.10 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	01/12/2020	Alteração dos itens 1 (Definição) e 8 (Observações) foi acrescido- Fatores que interferem na passagem plantão.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração/Revisão

Vanicleide de Sá Nunes

Maria Virgínia Pires Miranda

Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Ianni Emmanuela Santana de Almeida

Análise/ Aprovação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

96 REGISTRO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

96.1 DEFINIÇÃO

São dados que irão subsidiar a equipe de enfermagem no estabelecimento do plano de cuidados e prescrição, sendo um suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem, além de respaldo para a equipe de Enfermagem referente ao processo do cuidado prestado.

A Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados. (CIANCIARULLO et al, 2001).

96.2 OBJETIVO

- Identificar alterações do estado e das condições do paciente;
- Favorecer a detecção de novos problemas e a avaliação dos cuidados;
- Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados;
- Facilitar a comunicação entre os profissionais de Enfermagem através do prontuário.

96.3 ABRANGÊNCIA

Todos os setores que prestem assistência ao paciente do HU/UNIVASF.

96.4 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem

96.5 INDICAÇÃO

- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – Incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e as medidas adotadas;
- Resposta dos pacientes às ações realizadas.

96.6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário;
- Caneta azul ou preta (para turno diurno) e caneta vermelha (para o turno noturno).

96.7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Durante a admissão devem ser anotados:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável (Clínicas e Sala Verde);
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;

- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
- Tempo de jejum;
- Orientações prestadas;
- Esvaziamento de bexiga;
- Administração de pré-anestésico;
- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico;
- Antecedentes alérgicos;
- Antecedentes Pessoas Patológicos (HAS, DM, etc).

Trans-operatório:

- Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (posicionamento do paciente, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos – acesso venoso, sondas, etc.);
- Composição da equipe cirúrgica;
- Dados do horário de início e término da cirurgia;
- Tipo de curativo e local;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à SRPA (Recuperação Anestésica).

Pós-operatório:

- Posicionamento no leito e instalação de equipamentos (monitores, grades no leito, etc);

- Sinais e sintomas observados (cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, etc.);
- Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional;
- Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional (sondas, acesso venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.

Transferência de unidade/setor:

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições (maca, cadeira de rodas);
- Queixas.

Alta:

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas. Obs.: Importante o **registro real** do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;
- Data e horário;
- Identificação do médico que constatou;
- Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, etc.);
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- Entrega de DO aos familiares/ Entrega da Guia de Remoção ao setor responsável.

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda, ostomia ou via oral);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (cirurgia ou exames);
- Necessidade de auxílio ou não;
- Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
- Sinais e sintomas apresentados. Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, resíduo gástrico, etc.).

Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc.).

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, via uropen, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);

- Queixas.

Mudança de decúbito:

- Posição (dorsal, ventral, lateral direita ou esquerda);
- Medidas de proteção (uso de coxins, etc.);
- Horário;
- Sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc.).

Higienização:

- Tipo de banho (aspersão, imersão, etc);
- Data e horário;
- No leito, verificar a ocorrência de irritação de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas, realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras. Anotar os locais.

Cuidados com o couro cabeludo:

- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Material utilizado para a higienização.

Higiene íntima:

- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia;
- Material utilizado para a higienização.

Higiene oral:

- Presença de prótese total/parcial (caso seja necessário sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Condições da higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, lesões, condição da arcada dentária, etc.);
- Material utilizado para a higienização.

Curativo:

- Local da lesão;
- Data e horário;
- Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
- Material prescrito e utilizado (inclusive se utilizou curativo especial).

Dreno:

- Local e tipo;
- Aspecto e quantidade de líquido drenado;
- Sinais e sintomas observados.

Acesso Venoso Periférico:

- Local da inserção;
- Data e horário;
- Dispositivo utilizado;
- Motivos de troca ou retirada;
- Sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências (transfixação, hematomas, extravasamento, hiperemia etc.).

Dor:

- Localização e características;
- Intensidade (contínua ou intermitente);
- Providências adotadas (comunicado à enfermeira, etc.).

Intercorrências:

- Descrição do fato;
- Sinais e sintomas observados;
- Condutas tomadas (comunicado à enfermeira, etc.).

Administração de medicamentos:

- Somente checar os itens que forem administrados (chegar com assinatura e carimbo);
- Registrar o local onde o medicamento foi administrado;
- No caso de não ser administrado, deve-se apontar o motivo.

96.7 REFERÊNCIAS

CIANCIARULLO, T. I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SP. Anotações de Enfermagem, 2008

96.8 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
2ª versão	30/11/2020	Registrado na definição a importância da anotação de Enfermagem.

Validação

Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)

Data: ____/____/____

Elaboração

Vanicleide de Sá Nunes
Ianni Emmanuela Santana de Almeida
Laiany Naiara Barros Gonçalves
Maria Virgínia Pires Miranda
Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim
Sâmia Leticia Ribeiro Lima

Revisão/ Validação

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde)

Data: ____/____/____

97. TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

97.1 DEFINIÇÃO

Define-se transporte intra-hospitalar como a transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar. Esse transporte deve ser indicado, planejado e executado visando a minimizar possíveis riscos para o transportado. Deve ser seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando agravar seu estado clínico.

97.2 OBJETIVO

O transporte de pacientes deve ser indicado, planejado e executado visando a minimizar possíveis riscos para o transportado. Deve ser seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando agravar seu estado clínico. Independentemente do tipo, os transportes podem se tornar um risco a mais para o paciente criticamente doente e, por isso, devem ser considerados como extensão dos cuidados realizados na Unidade de Tratamento Intensivo. Podem se tornar também um problema para pacientes não críticos, na medida em que estes estão sendo submetidos a riscos de quedas ou piora do estado clínico. O objetivo desse protocolo é regulamentar as responsabilidades dos profissionais e as condutas de planejamento e de execução do transporte intra-hospitalar de clientes para garantir a segurança dos mesmos nas unidades do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

97.3 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, médicos e maqueiros.

97.4 INDICAÇÃO

- Admissão do cliente
- Realização de exames diagnósticos e de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos
- Transferências entre leitos ou interunidades
- Encaminhamento às atividades de recreação
- Alta hospitalar

97.5 MATERIAL NECESSÁRIO

- Luva de procedimentos;
- Prontuário do paciente;

- Medicações do paciente;
- Pertences pessoais do paciente;
- Pedidos de exames a serem realizados com data e horário quando já agendados;
- Exames radiológicos;
- Máscara cirúrgica ou tipo respirador - “bico de pato” (se necessário);
- Avental de isolamento (se necessário);
- Óculos de proteção (se necessário);
- Cadeira de rodas, maca de transporte, berço ou incubadora (conforme as condições e necessidades do paciente);
- Cilindro de oxigênio (se necessário);
- Suporte de soro (se necessário);
- Bomba de infusão contínua (se necessário);
- Monitorização cardíaca (se necessário);
- Oxímetro de pulso (se necessário);
- Ressuscitador manual (se necessário);
- Maleta de emergência (se necessário);
- Formulário de Checklist de transporte intra-hospitalar

97.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Normas Gerais

- Em caso de transferência de uma unidade para outra, dar preferência para os seguintes horários:
- Das 07:30 às 12:30; das 13:30 às 18:30; e das 19:30 às 06:30 horas. UTI, CC e CO deverão ser priorizados;
- Quando houver mais de um paciente para ser transferido para um mesmo setor, sugere-se o intervalo de 30 minutos, porém poderá ser acordado entre os enfermeiros conforme possibilidade dos setores;
- Respeitar as indicações de precauções/isolamento conforme condição do paciente.

Cabe ao Enfermeiro da Unidade de Origem

- Avaliar e registrar nos impressos de “observações complementares” e checklist o estado geral do paciente;
- Atualizar o processo de enfermagem do paciente, que tem validade de 24 horas
- Analisar risco benefício do transporte;

- Entrar em contato com o enfermeiro da unidade receptora, comunicando as condições clínicas do paciente, o tipo de precaução a ser adotado, os dispositivos em uso, os exames e os procedimentos previstos com data e horário;
- Selecionar o meio de transporte que atenda às necessidades de segurança do paciente, determinando equipamentos e equipe necessária (conforme resolução COFEN - 376/2011);
- Definir, organizar e atribuir funções à equipe de enfermagem que participará do transporte;
- Prever intercorrências e complicações, e preveni-las;
- Orientar paciente e familiares quanto a transferência;
- Acompanhar o paciente durante o transporte de médio/alto risco;
- Solicitar a equipe de higienização que realize a limpeza e desinfecção do leito;
- Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade e no prontuário do paciente, além de preencher todos os dados necessários no CHECKLIST de transporte intra-hospitalar;
- Realizar imediatamente a transferência do paciente no sistema de administração hospitalar.

Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade de Origem

- Preparar o paciente (fechar cateteres, desprezar efluentes, trocar fralda caso necessário, verificar integridade/fixação/condições/identificação de curativos, acesso venoso e outros dispositivos, conter o cliente – se necessário, elevar grades)
- Reunir e testar a integridade dos materiais e equipamentos necessário conforme orientação do enfermeiro responsável;
- Acompanhar o paciente no transporte de baixo, médio e alto risco;
- Comunicar ao enfermeiro da unidade de destino as intercorrências durante o transporte;
- Entregar ao enfermeiro da unidade de destino o Checklist preenchido;
- Reorganizar a unidade após a transferência;
- Registrar o destino do paciente no livro de registro de pacientes da unidade, se houver.

Equipe de Transporte – Durante o transporte

- Avaliar as condições de segurança dos equipamentos a serem utilizados no transporte;
- Monitorar o nível de consciência e as funções vitais, de acordo com o estado geral do paciente;
- Manter a conexão de tubos endotraqueais, sondas vesicais e nasogástricas, drenos torácicos e cateteres, garantindo o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso ao paciente;

- Utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente;
- Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes obesos, idosos, politraumatizados e sob sedação.
- Preencher o formulário de checklist informando o que ocorreu durante o transporte (AVALIAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR);

Cabe ao Enfermeiro da Unidade Receptora

- Receber as informações passadas pelo enfermeiro da unidade de origem, atentando para as condições clínicas do paciente, o tipo de precaução a ser adotado, os dispositivos em uso, os exames e procedimentos previstos com data e horário;
- Providenciar a organização do leito/unidade para receber o paciente;
- Definir, organizar e atribuir funções à equipe de enfermagem que participará do cuidado;
- Avaliar estado geral do paciente na chegada, observando a necessidade de alguma intervenção;
- Organizar os documentos recebidos (prontuário, exames, pedidos de exames)
- Registrar a transferência no livro de ocorrências da unidade.
Preencher o item do formulário do Checklist: AVALIAÇÃO DO RETORNO DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

OBSERVAÇÃO

- Na etapa de estabilização (primeiros trinta a sessenta minutos pós-transporte) o Enfermeiro da Unidade receptora deve atentar para alterações nos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios do paciente, especialmente quando em estado crítico;
- Evitar realizar transferências de pacientes de (cama/maca e vice-versa) nos corredores das unidades, atentando para as excepcionalidades. Avaliar cada caso, agindo com bom senso em cada situação apresentada.

Cabe ao Aux./Téc de Enfermagem da Unidade Receptora

- Receber o cliente e acomodá-lo no leito (Abrir cateteres, verificar integridade/fixação de curativos e permeabilidade do acesso venoso, conter o cliente – se necessário, elevar grades e cabeceira – quando indicado);
- Conferir a medicação do paciente;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência observada;
- Verificar sinais vitais;
- Registrar as condições de chegada do paciente nas observações complementares de enfermagem;

- Registrar a chegada do paciente no livro de registro de pacientes da unidade, se houver.

Atenção - Todas as intercorrências e intervenções de Enfermagem durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente e no formulário Checklist.

97.7 RECOMENDAÇÕES

Normas

- As etapas do transporte intra-hospitalar de clientes serão divididas em: Classificação, Planejamento, Execução e Avaliação.
- O cliente deverá sempre ser transportado em algum meio de transporte, o qual deverá ser adequado e seguro às condições clínicas, físicas e idade do cliente, podendo ser na cama, maca, ou cadeira de rodas.
- Os cliente que apresentar condições plenas de deambulação poderá ser transportado andando, somente no momento da admissão.
- O transporte do cliente poderá ser classificado como de baixo, médio e de alto risco, considerando as condições clínicas do cliente (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação do tipo de transporte de acordo com as condições clínicas do cliente

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSPORTE	CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE
Baixo Risco (A)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.
Médio Risco (B)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém, com necessidade de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.
Alto Risco (C)	Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica.

- No transporte de baixo risco, o cliente não precisará ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos antes e após o transporte e registrados em impresso próprio no prontuário
- No transporte de médio e de alto risco, os clientes deverão ser transportados monitorizados (frequência cardíaca, saturação de oxigênio, e se necessário, pressão arterial sistêmica).

- O número e a categoria de profissionais envolvidos no transporte intra-hospitalar variarão de acordo com as condições clínicas, o peso do cliente, o número e complexidade de dispositivos invasivos e equipamentos utilizados. A composição mínima respeitará as indicações descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Composição mínima de profissionais, de acordo com a classificação do risco do transporte

CLASSIFICAÇÃO	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS
Baixo Risco	(1) Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Médio Risco	(1) Técnico/Auxiliar de Enfermagem e (1) Enfermeiro ou (1) Médico
Alto Risco	(1) Enfermeiro (1) Fisioterapeuta - (avaliação) (1) Técnico de enfermagem (1) Médico

- As precauções deverão ser cumpridas durante o transporte, considerando as condições clínicas do cliente em isolamento respiratório, reverso e/ou por contato (Quadro 3).

Quadro 3. Especificação do uso de EPI no profissional e no cliente, considerando o tipo de precaução, conforme protocolo da CCIH

Tipo de Precauções	Profissional	Cliente
Precauções por contato	Luvas de procedimento Avental descartável	-
Precauções por aerossóis	Máscara N95	Máscara cirúrgica
Precauções por gotícula	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica
Precaução de proteção/reverso	Luvas de procedimento Avental descartável	Máscara cirúrgica

	Máscara cirúrgica	

- A unidade que irá receber o cliente deverá ser comunicada da condição clínica do cliente, da idade, do peso, do diagnóstico, do padrão respiratório, das especificações dos tipos de dispositivos invasivos e materiais/equipamentos necessários, da descrição do uso de medicamentos, da necessidade de adoção de precauções específicas e da hora exata da transferência.
- A unidade que receberá o cliente deverá receber o formulário de checklist preenchido e quando o paciente retornar deverá preencher a item AVALIAÇÃO DO RETORNO DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR e enviar o formulário para ser entregue ao enfermeiro da unidade
- Os kits de intubação traqueal, de medicamentos de emergência e de materiais de suporte deverão ser utilizados no transporte de médio e de alto risco.
- Os kits de intubação traqueal e de materiais de suporte deverão estar disponíveis nas unidades de internação e acondicionados em recipientes e em locais específicos.
- Selecionar a quantidade e a numeração dos materiais de acordo com as especificidades do cliente.
- Os equipamentos eletrônicos deverão ser selecionados de acordo com o diagnóstico e estado clínico do cliente. No transporte de alto risco, são recomendados, no mínimo, monitores para avaliação de sinais vitais (oxímetro de pulso ou monitor multiparamétrico portátil, dependendo da avaliação do médico e do enfermeiro) e ventilador de transporte, se o cliente estiver intubado.
- Os veículos de transporte (maca, cadeira de rodas e outros) deverão ser de materiais leves, possuir mecanismos de mobilização de decúbito e ter freio, direcionamento, deslizamento suave, proteção lateral e suporte para soro, bombas de infusão, cilindros de oxigênio, monitores e outros.
- O transporte do cliente, se não for de caráter de urgência/emergência, deverá ser evitado durante às trocas de plantões e no horário de visitas. Se necessário no horário de visita, comunicar a família.
- O transporte do cliente ao Centro Cirúrgico deverá ser realizado, conforme rotina operacional padrão específica.

97.8 BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A.C.G et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiopatológicos. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 471-6, 2012.

AMERICAN ASSOCIATION FOR RESPIRATORY CARE (AARC). AARC Clinical Practice Guideline: in-hospital transport of the mechanically ventilated patient. **Respire Care.**, v. 47, n. 6, p.721-3, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução 376/2011**. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 376/2011**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html. Acesso em 12 de abril de 2016.

LAMBLET, L.C.; TEIXEIRA, A.P, CORRÊA, A.G. **Transporte intra-hospitalar de pacientes graves**. In: Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu. 2006. p. 85-92.

MORAIS, S.A.; ALMEIDA, L.F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. **Revista HUPE**, v. 12, n. 3, p. 138-146, 2013.

STACCIARINI, Thaís S Guerra. **Transporte intra-hospitalar**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/Aula_Transporte_intrahospitalar_SEE_NF20_14.pdf. Acesso em 12 de abril de 2016.

ZUCHELO, L.T.S.; CHIAVONE, P.A. **J Bras Pneumol.**, v. 35, n.7, p. 367-74, 2009.

97.9 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª versão	08/09/2020	

Validação Laiany Nayara Barros Gonçalves (Chefe da Unidade de Segurança do Paciente)	Data:
Elaboração/Revisão Maria Virgínia Pires Miranda Ianni Emmanuela Santana de Almeida Laiany Naiara Barros Gonçalves Gabrielle Maria de Sá Moraes Leandro Jardim	
Análise	

Katia Regina de Oliveira (Gerente de Atenção a Saúde) Juliana Pedrosa Korinsky (Gerente de Atenção ao Cuidado)	
Aprovação Vanicleide de Sá Nunes (Chefe de Divisão de Enfermagem)	Data: