MUNICÍPIO DE CAMBARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Estado do Paraná
Rua Mons. João Belchior,1.007 – Centro – Fone/Fax: (43) 3532-3277 - CEP: 86.390-000
CNPJ: 75.442.756/0001-90
www.cambara.pr.gov.br

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CAMBARÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
POP

Desenvolvido e revisado por:
Érica Paula Alexandre Pereira
Ana Carolina Machado da Silva
Ali Evangelista Baalbaki
Marcia Akemi Kurissio

Revisado por :
Ana Carolina Machado da Silva
Kerolin Gaspar Lescius Aguiar

Março 2022

INTRODUÇÃO

Procedimento Operacional Padrão (POP) é o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão. Contém: listagem dos equipamentos; peças e materiais usados na tarefa, incluindo-se os instrumentos de medida; padrões da qualidade; descrição dos procedimentos da tarefa por atividades críticas; condições de fabricação de operação e ponto proibidos de cada tarefa; pontos de controle (itens de controle e características da qualidade) e os métodos de controle; relação de anomalias passíveis de ação; roteiro de inspeção periódica dos equipamentos de produção.

O POP tem por objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, para o funcionamento correto do processo. Ou seja, um POP coerente garante ao usuário que a qualquer momento que ele se dirija ao estabelecimento, as ações tomadas para garantir a qualidade sejam as mesmas, de um turno para o outro, de um dia para outro, aumentando assim a previsibilidade de seus resultados, minimizando as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias, independente de falta, ausência parcial ou férias de um funcionário.

O POP também tem uma finalidade interna de ser um ótimo instrumento para a Gerência da Qualidade para praticar auditorias internas.

Dando continuidade a explicação acima, afirma-se que de acordo ao cumprimento legal e a necessidade de padronização dos procedimentos realizados nas unidades de saúde, Pronto Socorro Municipal de Cambará foi adequado e normatizado com o POP, de forma a cumprir as exigências da Vigilância Epidemiológica e Sanitária Municipal e Regional, na qual a adaptação foi realizada de acordo com a realidade apresentada na unidade em evidencia.

No decorrer desse documento foram listados individualmente cada procedimento, contendo a descrição e explicação passo a passo da maioria dos procedimentos realizados no Pronto Socorro Municipal de Cambará, desde o primeiro acolhimento a transferências.

Como a área da saúde é um setor em constante transformação, fica clara a possibilidade de correção das técnicas, devido às inovações técnico–científicas, outro fator que pode ser alterado é o acréscimo de procedimentos que no momento não são realizados, mas que podem ser inseridas na nossa realidade no decorrer dos atendimentos.

Dessa maneira fica expresso que esse documento esta sujeito a alterações para o melhor atender a clientela.

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CAMBARÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Admissão de Paciente – Rotina: 001

Definição:

Realizado na recepção administrativa, mantendo os pacientes em ambiente confortável, como uma ação de repasse para os locais de atendimento:

Objetivos:

Organização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe, multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;

Mudança estrutural na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão, escuta, troca e decisão coletiva;

Postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Materiais necessários:

Computador com acesso a internet;

Prontuário eletrônico os dados do paciente;

Responsável, caso necessário.

Descrição do procedimento:

Será realiza uma pré consulta de enfermagem com classificação de risco segundo escala de Manchester (gravidade), para avaliação individual de cada caso.

Pré Consulta – Rotina: 002

Definição:

A pré-consulta está estruturada, de forma a organizar o processo de trabalho visando atender todos que procuram os serviços de saúde, observando os princípios da Universidade, Integralidade e da Equidade preconizadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), sem prejudicar o pronto atendimento nos casos de Urgência e Emergência.

Objetivos:

Controlar o fluxo de entrada dos usuários no PS, através do acolhimento qualificado da demanda espontânea, realizada por profissionais da saúde. Identificar riscos, vulnerabilidade, considerar as dimensões biológicas, sociais e subjetivas do adoecer, possibilitar encaminhamento hábil do usuário para a resolução de sua queixa principal ou extramuros hospitalar, após uma avaliação física e psíquica conforme o protocolo de Manchester.

Esse trabalho dá novos rumos ao atendimento de urgência e emergência ordenando prioridades e acolhendo o paciente de forma digna e humanizada, permitindo um direcionamento responsável do seu problema.

Estimular a adoção de técnica correta para o procedimento, padronização da técnica e facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos de enfermagem (com a supervisão do enfermeiro).

Descrição do procedimento

Após a abertura eletrônica da ficha do paciente, o recepcionista avisa a equipe de enfermagem. O paciente aguarda para ser triado na sala de espera, onde posteriormente será atendido pela enfermagem em sala apropriada onde suas queixas são ouvidas, sinais vitais e sintomas são observados e descritos no prontuário eletrônico na triagem e somente após será classificado por ordem de prioridade conforme protocolo de Manchester.

O paciente será atendido no PS respeitando o tempo de atendimento conforme a classificação, caso se enquadrar em verde ou azul será orientados a procurar a UBS (Unidade Básica de Saúde) da sua área de residência, nos próximos dias ou em contato direto com o PSF responsável por sua área podendo assim ser encaminhados no mesmo dia, se sob todas as orientações o paciente insistir em consulta no pronto socorro o mesmo devera ser orientado sob a quantidade de horas para esse tipo de atendimento.

Caso a classificação se enquadre em urgência ou emergência deverá ser atendido imediatamente conforme Manchester, sendo assim as fichas de menor prioridade deverão aguardar o atendimento e resolução dos problemas de maior gravidade. Importante salientar que triagem não pode parar de ser realizada, pois pode ocorrer outra emergência ao mesmo tempo.

Sequência do atendimento:

- Lavar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente informando nome e função;
- Certificar-se da identidade do paciente, e verificar os dados no prontuário eletrônico;
- Realizar a admissão do paciente (entrevista) investigando informações como: queixa principal, local, intensidade, tipo de dor, pré-existência de patologias de base (DM, HA, Chagas, tumores, cirurgias recentes, entre outras), existência de alergia medicamentosa e vícios (droga, álcool, cigarro);
- Verificar SSVV e anotar na pré consulta;
- Orientá-lo sobre normas e rotinas do PS, acompanhante, horário de visitas, alimentações, proibição de alimentos dentro da instituição e a locomoção/permanência nos corredores;
- Informar o paciente sobre localização de banheiros, posto de enfermagem, campainha para solicitação de enfermagem e demais instalações.

Materiais necessários:

- Computador com acesso a internet contendo prontuário eletrônico do paciente ou ficha manual quando na impossibilidade do mesmo;
- Exames necessários anexados;
- Presença de um familiar ou responsável quando incapaz ou menor;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro;
- Oxímetro de pulso;
- Glicosimetro;
- Abaixador de língua;
- Álcool;
- Algodão;
- Relógio de ponteiro;
- Caneta;
- Bandeja.

Cuidados relacionados:

- Olhar clinico sob o paciente a cerca de classificação correta do mesmo para direcionamento de casos ambulatoriais para o PSF;
- Ampliar a resolutividade das ações de saúde do PS;
- Humanizar as relações entre funcionários e usuários;
- Assegurar a eficácia das referências, estabelecendo articulações com os demais serviços extramuros;
- Desafogar o atendimento no PS, diminuindo o estresse dos trabalhadores da saúde, melhorando a qualidade do atendimento prestado a população nos casos de urgência e emergência.

Consulta Médica – Rotina: 003

Definição:

A consulta médica será realizada pelo médico plantonista do dia no consultório ou quando necessário na sala de emergência, quando a mesma acontecer no consultório, o médico fará a convocação individual do paciente que deverá adentrar o consultório sem acompanhante salvo casos especiais. O paciente obrigatoriamente deverá estar triado e classificado por ordem de prioridade pela equipe de enfermagem, o medico respeitará essa ordem. IMPORTANTE SALIENTAR QUE O ATENDIMENTO ACONTECERA POR CLASSIFICACAO DE RISCO AMPARADOS PELA ESCALA DE MANCHESTER NÃO POR ORDEM DE CHEGADA.

Objetivos:

- Controlar o fluxo de entrada no PS, facilitar o cumprimento das regras e rotinas existentes na instituição, diminuir o risco de contaminação desnecessária através do acolhimento dos pacientes já triados.

Esse trabalho visa organizar o serviço urgência e emergência prestado no município, permitindo um direcionamento correto e resolução do problema saúde/doença;

- Acolher e atender o paciente de forma integral; com uma visão geral da problemática;
- Amenizar e/ou solucionar a patologia momentânea de cada indivíduo, realizando a prescrição de medicamentos, exames e procedimentos necessários de forma individual.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros e/ou Técnicos de enfermagem, recepcionista e médico.

Descrição do procedimento

Após o atendimento e classificação do paciente pela enfermagem, o mesmo aguardará na sala de espera junto ao rol de entrada, a equipe de enfermagem devera então comunicar ao médico sobre a existência de consulta e se a mesma esta direcionada a sala vermelha ou ao consultório, o médico seguira ao

atendimento frente a classificação realizada pelo profissional de enfermagem. O tempo de espera irá depender da urgência e emergência do momento. Após a consulta o médico orientará o paciente a se direcionar ao postinho de enfermagem para receber a medicação caso seja indicado.

Materiais necessários:

- Computador com acesso a internet e prontuário eletrônico do paciente;
- Prontuário manual caso impossibilidade de prontuário eletrônico (corretamente preenchido);
- Abaixador de língua;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro;
- Álcool;
- Algodão;
- Caneta;
- Maca;
- Impressos para a solicitação de exames, receituário simples e controlado, encaminhamento (guia de referência e contra-referência), ficha prontuário médico, atestado e declaração de comparecimento. (caso prontuários manuais).
- Importante salientar que todo atendimento deverá ser registrado no prontuário eletrônico do paciente, assim como receitas, exames, encaminhamentos, declarações e atestados.

Cuidados relacionados:

- Observância e prioridade de urgência e emergência;
- Ampliar a resolutividade das ações de saúde no PS;
- Humanizar as relações entre funcionários e usuários;
- Assegurar a eficácia da organização dentro da instituição.

Anotação de Enfermagem – Rotina: 004

Definição:

São dados que irão subsidiar a equipe de enfermagem no estabelecimento do plano de cuidado. As anotações de enfermagem fornecem informações para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente, resultados esperados e desenvolvimento da evolução de enfermagem. Sendo esse ato fundamental para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem, pois é fonte de informações essenciais para a continuidade da assistência. Criando dessa forma, uma fonte de dados sistemáticos sobre a evolução clínica do paciente em seu período de observação.

As anotações de enfermagem devem ser registradas no prontuário, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

Enquadra-se em anotação de enfermagem tudo que ocorrer com o paciente. (aceitação de dieta, curativos aspectos, presença ou não de eliminações odor e características da mesma, banhos, procedimentos, etc).

Objetivos:

- Adoção de técnica correta para a realização do procedimento;
- Padronizar a técnica;
- Identificar alterações do estado e das condições do paciente;
- Favorecer a detecção de novos problemas, e a reavaliação dos cuidados;
- Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Admissão do Paciente – Rotina: 005

Definição:

A admissão diz respeito à entrada do paciente no serviço de saúde para ocupar um leito com a finalidade de se submeter a tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos especiais. Nestes casos a equipe de enfermagem tem um papel de extrema relevância para o paciente.

Durante a admissão e período que permanecer devem ser anotados:

- Nome completo do paciente, data e hora de admissão;
- Condições de chegada (deambulando, cadeira de rodas, maca);
- Presença e acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Presença de lesão, gesso, talas, alterações anatômicas visíveis, coloração da pele, entre outras;
- Presença de patologia de base;
- Presença de alergia medicamentosa;
- Presença de alergia alimentar;
- Uso de medicamento domiciliar (nome do medicamento, dosagem, horário de uso);
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimento/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas;
- Necessidade de auxílio ou não;

Na dieta:

- Indicar dieta oferecida (dieta geral, leve, pastosa, líquida, hipossódica, hipoglicêmica, hipoproteica, para renais);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Alimentação especial (por sonda, alimentação diferenciada e/ou alimentos especiais);

- Restrições alimentares (especificar tipo de alimento e motivo);
- Jejum (total ou parcial, especificar motivo);
- Necessidade de auxílio para alimentação;
- Recusa alimentar;
- Intercorrência pós-alimentação (náusea, êmese).

Nas eliminações fisiológicas (diurese e evacuação):

- Presença ou ausência no período;
- Características físicas, visuais, olfativas: coloração, odor, sedimentos, consistência (endurecida – fecaloma, pastosa, semi-pastosa e líquida);
- Tipo de eliminação: espontânea, fralda, dispositivo urinário, sonda vesical de demora, ostomias, enemas e uso de laxativos;
- Controle urinário (tipo de controle, motivo);
- Anormalidade: disúria, polaciúria, hematúria, anúria, algias, presença de exudatos/secreções, sangramento;
- Horário da evacuação.

Realização de curativos:

- Local anatômico do curativo;
- Tipo de curativo: oclusivo, semi-oclusivo, aberto, seco úmido, compreensivo;
- Aspectos físicos, visuais e olfativos;
- Química utilizada (medicação);
- Extensão e formato da lesão;
- Presença de drenos;
- Horário.

Administração de medicamentos:

- Checar medicamento e horário na prescrição médica;

- Somente checar os itens administrados, e as vias, caso medicamento injetável registrar o local anatômico administrado;
- Em caso de não administração dos medicamentos deve-se bolar o horário e apontar o motivo e a quem informou.

Punção:

- Localização anatômica;
- Tipo de dispositivo e numeração;
- Material de fixação;
- Enfim, anotar tudo que for realizado com o paciente, o que ele aguarda, as necessidades especiais, entre outras.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Higienização das mãos – Rotina: 006

Definição:

É a medida mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Em 2002 o Centers for Disease Controland Prevention (CDC) sugeriu a substituição do termo “lavagem das mãos” por “higienização das mãos”.

Objetivos:

Higienização simples das mãos: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos, utilizando-se água e sabão neutro.

Higienização antisséptica das mãos: Promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de antisséptico.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: Eliminar a microbiota transitória e reduzir a carga microbiana das mãos utilizando-se álcool gel a 70% ou solução alcoólica a 70% com 1-3 de glicerina.

Preparo pré-operatório das mãos: Eliminar a microbiota transitória da pele, reduzir a microbiota residente e proporcionar efeito residual na pele do profissional.

Critérios para a eficácia:

- As unhas devem estar aparadas, limpas e com esmalte íntegro.
- Retirada de adornos: anéis, aliança, pulseira e relógio.
- Eficácia proporcional ao tempo gasto e execução correta das técnicas.

Indicações:

Para higienização simples e antisséptica das mãos:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes e após cada cuidado prestado ao cliente;
- Antes e após o uso de luvas;
- Antes e após do preparo e manipulação de medicamentos;
- Após o contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente;
- Antes e após contato com paciente colonizado ou infectado pó *Clostridium difficile*;
- Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico.

Para higienização antisséptica das mãos:

- Antes da instalação de cateterismo vesical;
- Em unidades fechadas (UTI, CTI, UNIDADE CORONARIANA, CIRURGIA CARDÍACA, HEMATOLOGIA E TRANSPLANTE DE MEDULA);
- Ao cuidar de pacientes em precaução de contato por microrganismos multirresistentes.

Para higienização por fricção antisséptica das mãos:

- Em todas as situações em que a água e sabão são indicados exceto quando as mãos estiverem visivelmente sujas e antes e após contato com paciente colonizado ou infectado por *Clostridium difficile*.

Preparo pré-operatório das mãos:

- Antes da realização de procedimentos cirúrgicos;

- Antes de procedimentos invasivos (instalação de drenos, cateter venoso central, cateter arterial, instalação de cateter de tenckhoff ambulatorial, instalação de cateter central de inserção periférica (PICC)).

Material necessário:

- Lavatório com agua corrente e tratada;
- Sabão líquido neutro ou clorexedina degermante 2%;
- Papel toalha;
- Álcool gel 70% , solução alcoólica a 70% com 1-3 de glicerina ou clorexedina alcoolica;
- Antisséptico degermante;
- Escovas de cerdas macias e descartáveis impregnadas ou não com antisséptico.

Técnicas Higienização das mãos:

- **Higienização simples das mãos**: DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: 40 a 60 segundos.
- **Para higienização antisséptica das mãos**: A técnica de higienização antisséptica é igual aquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabão neutro por um antisséptico degermante. DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: 40 a 60 segundos;
- **Fricções antissépticas das mãos com preparação alcoólica**: Realizar a fricção das mãos até secar utilizando a mesma técnica da lavagem com água e sabão. Não utilizar papel toalha. DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: 20 a 30 segundos;
- **Para preparo pré-operatório das mãos**: DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO: De 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para cirurgias subsequentes

Curativos – Rotina: 007

Definição:

Curativo ou cobertura é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução.

Material:

- Bandeja;
- Kit para o curativo estéril, composto por 3 pinças (hemostática, dente de rato e anatômica);
- Frasco de solução fisiológica 0,9%;
- Agulha 40x12;
- Pacotes de gaze estéril e ou atadura crepada se necesssário;
- Esparadrapo, fita microporosa ou fita crepe;
- Luvas de procedimentos;
- Luvas estéreis (se necessário);
- Papel toalha;
- Medicação tópica prescrita;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário conforme o ambiente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Fechar a porta do quarto ou colocar biombo para manter a privacidade do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Antes da remoção, observar o curativo anterior, quanto a presença de exudato, coloração e odor;

- Remover cuidadosamente as fitas adesivas, ataduras crepadas e ou gazes umedecendo com solução fisiológica a 0,9% caso haja aderência aos tecidos recém-formados evitando assim lesiona-los.
- Este cuidado reduz as chances de traumatizar o tecido de granulação no leito da ferida;
- Realizar a limpeza das áreas adjacências da ferida seguindo sempre a área menos contaminada para mais contaminada, com sabão neutro e água corrente se necessário e posterior limpeza da ferida com solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente em jatos. A pele ao redor do ferimento deve ser hidratada com produto adequado;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Utilizar o pacote de curativo ou instrumental, ou usar luvas estéreis na ausência de instrumentais;
- Havendo tecido desvitalizado solto, sua remoção pode ser auxiliada suavemente com gaze embebida em solução fisiológica sem esfregar e com cuidado para não provocar sangramento;
- Realizar avaliação da fase da ferida e o tipo de tecido presente no leito da ferida, e escolher a cobertura mais indicada;
- Aplicar a cobertura escolhida;
- Ocluir o curativo conforme necessidade;
- Recolher todo o material;
- Deixar o local em ordem;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar ao PSF da sua área para acompanhamento e avaliação do médico e Enfermeira do Programa Saúde da Família.

Observação:

O curativo compreende todo o processo de limpeza, desbridamento enzimático, seleção da cobertura e/ou tratamento tópico do local.

É um procedimento técnico realizado pela equipe de enfermagem ou médica, e tem por finalidade a proteção e a cicatrização de feridas. Dar destino adequado aos resíduos e realizar as orientações ao paciente.

Profissionais envolvidos:

- Enfermeiro;
- Técnico e auxiliar de enfermagem.

Cuidados relacionados:

Registrar o procedimento realizado, data e horário, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou ficha de atendimento.

Curativo de Ferida Aberta Curativos – Rotina: 008

Definição:

É o cuidado dispensado a uma área do corpo que apresenta lesão de continuidade. Atualmente o termo técnico que vem sendo empregado no cuidado com lesão e a terapia tópica, termo que engloba as etapas como processo de limpeza e ou cobertura.

Objetivos:

- Facilitar a cicatrização;
- Reduzir a infecção da lesão;
- Absorver secreções, facilitar a drenagem das secreções, promover a hemostasia com os curativos compressivos;
- Manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Soro fisiológico;
- Agulha 40x12;
- Seringa de 20 ml;
- Pacote de curativo;
- Pacote de gaze estéril;
- Pacote de compressa estéril;
- Esparadrapo ou micropore;
- Atadura de crepada;
- Epi’s;
- Saco plástico para resíduos infectantes;
- Procedimento;
- Lavar as mãos;
- Comunicar ao cliente o que vai ser realizado;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze com soro fisiológico;
- Retirar a luva de procedimento;
- Perfurar o frasco de soro fisiológico por meio de seringa e agulha 40x12;
- Calçar a luva estéril;
- Realizar limpeza da lesão, utilizando o soro fisiológico em jato mantendo uma distância de aproximadamente 10 cm da ferida;
- Realizar a limpeza e remoção de secreções, tecidos desvitalizados e corpos estranhos do leito da ferida, evitando assim traumas mecânicos;
- Secar somente a pele ao redor da ferida com gaze estéril;
- Não secar o leito da ferida;

Observações:

Aplicar curativos primários com cobertura prescrita pelo médico, em seguida aplicar curativo secundário para ocluir. Realizar o procedimento em menos tempo possível, a fim de evitar a perda do calor o que também interfere no processo de cicatrização.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Curativo em Queimadura- Rotina: 009

Definição:

Queimadura é toda lesão causada por agentes externos sobre o revestimento do corpo, podendo destruir desde a pele até tecidos mais profundos, como ossos e órgãos.

Causas

- **Agentes físicos:**

- Térmicos: líquidos, gordura, ferro, vapor e fogo;
- Elétricas: corrente de baixa voltagem (eletrodomésticos), alta tensão e raio;
- Radiantes: resultam da exposição à luz solar ou fontes nucleares.

- **Agentes químicos**

- Substâncias químicas industriais, produtos de uso doméstico, como solventes, soda cáustica, alvejantes ou qualquer ácido ou álcalis.

- **Agentes biológicos**

- Seres vivos: como por exemplo, taturanas, “água viva”, urtiga.

Classificação

Quanto à profundidade:

- 1º grau: atinge a epiderme (camada superficial da pele). Apresenta vermelhidão sem bolhas e discreto inchaço local, a dor está presente;

- 2º grau: atinge a epiderme e parte da derme, há presença de bolhas e a dor é acentuada.

- 3º grau: atinge todas as camadas da pele, músculos e ossos, ocorre necrose da pele que se apresenta com cor esbranquiçada ou escura, a dor é ausente devido à profundidade da queimadura que lesiona todas as terminações nervosas responsáveis pela condução da sensação de dor.

Quanto à extensão:

A extensão de uma queimadura é representada em percentagem da área corporal queimada.

- Leves: atingem menos de 10% da superfície corporal;
- Médias: atingem de 10% a 20% da superfície corporal;
- Graves: atingem mais de 20% da área corporal.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Materiais:

- Pacote de curativo;
- Luvas de procedimento;
- Luvas de cirúrgicas;
- Bacia;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Cobertura creme ou soluções indicadas;
- Gaze;
- Atadura de crepom conforme necessidade;
- Esparadrapo.
- Descrição do procedimento:
- Lavar as mãos;
- Reunir e organizar todo o material que será necessário para realizar o curativo;
- Colocar o paciente em posição confortável e explicar o procedimento;
- Fazer uso de EPI's;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Irrigar o leito da ferida exaustivamente com o jato de soro numa distância em torno de 20cm até retirar toda sujidade;
- Fazer a limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em 0,9%
- Não secar o leito da ferida;

- Fazer desbridamento se necessário;
- Aplicar a cobertura escolhida conforme prescrição médica;
- Fazer uso de cobertura secundária se necessário;
- Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a direita, com o rolo de atadura voltada para cima, em caso de abdome utilizar a técnica em z;
- Promover a limpeza dos instrumentais utilizados;
- Realizar a limpeza e organizar a sala de curativo;

Observação: desbridar é o ato de remover da ferida o tecido desvitalizado e ou material estranho ao organismo, esse procedimento deve ser realizado por profissional habilitado, conforme deliberação do Coren.

Cuidados relacionados:

Técnica de mensuração da área lesada: proceder à limpeza da ferida conforme técnica de soro em jato; colocar a parte transparente da embalagem de coberturas (acetato) sobre a ferida; desenhar o contorno da ferida com o contorno para retroprojeto; traçar uma linha na maior extensão vertical e maior extensão horizontal formando um ângulo de 90 graus entre as linhas; anotar medidas das linhas em cm no impresso da evolução para comparações posteriores; multiplicar uma medida pela outra para obter a área em cm.

Tratamento I – Queimaduras de 1º grau

Neste tipo de queimadura é esperado a reepitelização a partir dos anexos dérmicos, nenhum produto tópico podem acelerar o processo de cicatrização, portanto o princípio básico é não agredir mais a pele, o primeiro atendimento deve consistir de anamnese, como, quando e onde ocorreu a queimadura, analgesia, comprovação da imunização antitetânica, limpeza e curativo.

Tratamento II – Queimadura de 2º e 3º grau

O tecido queimado deve ser tratado com degermação e uso de agentes antimicrobianos como sulfadiazina de prata para evitar a proliferação no tecido queimado. Concentrações muito baixas são letais para a maioria dos

microrganismos, agindo na membrana celular e na parede celular bacteriana, após o enxague do degermante escolhido. Aplicar uma camada fina sobre a superfície queimada, o tratamento deve ser contínuo, com aplicação uma vez ao dia após o banho, está sempre indicada a excisão e enxertia de pele, portanto o usuário deverá ser encaminhado ao hospital para a realização do procedimento.

Suturas – Rotina: 010

Definição:

Qualquer vertente do material utilizado para ligar vasos sanguíneos ou aproximar tecidos, devido a ferimentos que não teriam cicatrização satisfatória sem esse procedimento, ou para estancar hemorragias.

Objetivos:

Manter os tecidos ou vasos unidos ou fechados para estancar hemorragias e para uma melhor cicatrização de ferimentos corte contusos.

Profissionais envolvidos:

- Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.
- Materiais:
- Kit para sutura;
- Anestésico injetável (xilocaína);
- Seringa de 5 ml ou 10 ml;
- Agulha 40x12 30x7 e 13x45;
- Fio de sutura (nº determinado pelo médico);
- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Solução Degermante;
- Solução PVPI tópica;
- Gaze;
- Faixa crepe se necessário;
- Esparadrapo, fita crepe ou micropore.

Descrição do procedimento:

O profissional auxiliador deve:

- Higienizar as mãos;
- Separar o material

- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o material de sutura, dispor a seringa e agulhas já abertas no campo estéril;
- Lavar o ferimento com soro fisiológico e degermante;
- Trocar as luvas de procedimento para auxiliar o médico no procedimento.

O médico:

- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Colocar o campo estéril fenestrado;
- Anestesiar o local;
- Fazer nova limpeza com degermante e gaze;
- Suturar o ferimento;
- Após o término da sutura o profissional auxiliador deverá realizar um curativo de acordo com a prescrição médica.

Cuidados relacionados:

A antissepsia do ferimento deverá ser realizada rigorosamente para evitar infecções e deiscência da sutura, o paciente deverá ser orientado sobre a higiene local e sobre a necessidade da vacina antitetânica.

Eletrocardiograma – Rotina: 011

Definição:

O eletrocardiograma é um exame que nos permite medir a atividade elétrica do coração, o dispositivo utilizado é o eletrocardiógrafo, que detecta os impulsos elétricos do coração e são registrados em um papel termo sensível, esse registro nos permite detectar distúrbios do ritmo cardíaco (arritmias) e distúrbios de condução de impulsos elétricos.

Objetivos:

Padronizar as técnicas de realização de eletrocardiograma objetivando aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Material:

- Eletrocardiógrafo;
- Papel termossensivel;
- Quatro braçadeiras e seis eletrodos ou peras;
- Um pacote de gaze;
- Gel hidrossolúvel;
- Álcool 70%.

Procedimento:

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado e conectado no fio terra;
- Checar a presença e a integridade do cabo de força, fio terra, cabo do usuário, braçadeiras e eletrodos ou peras;
- Higienizar as mãos;
- Separar e levar o material para o local do exame;
- Conferir a identidade do paciente;
- Solicitar que o paciente retire os adornos, cintos, chaves, sutiã ou qualquer peça que tenha metal;

- Explicar o procedimento ao paciente e ou acompanhante;
- Conectar o aparelho a rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante;
- Solicitar ao usuário que exponha o tórax, punhos e tornozelo;
- Abaixar a cabeceira à 0º, 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 estiver 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);
- Colocar as braçadeiras e eletrodos ou peras nos membros conforme determinado, usando álcool 70%;
- **Colocar os eletrodos ou peras na linha precordial a saber:**

  V1- 4 espaço intercostal a direita do esterno;

  V2- 4 espaço intercostal as esquerda do esterno;

  V3- 5 espaço intercostal entre V2 e V4;

  V4- 5 espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;

  V5- 5 espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;

  V6- 5 espaço intercostal e linha axilar média à esquerda;
- Conectar os cabos aos respectivos eletrodos ou peras;
- Verificar se todas as variações estão nos locais corretos;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Não encostar-se ao leito e aparelho durante o procedimento;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento e compatível com o esperado para um traçado;
- Desligar o aparelho, desconectar os cabos do paciente e retirar os eletrodos ou peras e braçadeiras;
- Limpar o paciente e higienizar as braçadeiras e peras;
- Finalizar o procedimento auxiliando o paciente a se levantar da maca e vestir-se;

- Identificar a folha de registro do eletrocardiograma com: nome do usuário, idade, data, horário, medicamentos de uso contínuo quando utilizar, sintomas, município;
- Proceder a desinfecção das braçadeiras e peras com álcool 70%;
- Manter os cabos esticados sobre o aparelho ou na parte inferior do carrinho;
- Guardar o eletrocardiógrafo em local adequado, mantendo ligada a rede elétrica, em caso de recarga de bateria;
- Caso o profissional que estiver realizando o procedimento notar que o papel e/ou caneta esteja acabando solicitar a reposição ou fazê-lo;
- Higienizar as mãos.

Observações:

Caso o traçado eletrocardiográfico apresente interferências, solicitar ao paciente que fique relaxado, verificar a fixação dos eletrodos ou peras e braçadeiras e se necessário higienizá-las novamente.

Monitorização Multiparametro – Rotina: 012

Definição:

É o emprego do aparelho (monitor) através do qual se visualiza o potencial elétrico gerado pelo coração, que são captados através de eletrodos posicionados no tórax do paciente, além do controle pelo cabo com braçadeira (esfigmomanômetro), oximetria de pulso e termômetro.

Objetivos:

- Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência), pressão arterial, oximetria e temperatura;
- Diagnosticar e documentar o tratamento dos pacientes graves;
- Monitorar e detectar possíveis alterações cardíacas, pressóricas, saturação e de temperatura.

Materiais:

- Monitor;
- Cabos de monitorização, braçadeiras de esfingnomanômetro, leitor de oximetria e termometro;
- Eletrodos;
- Almotolias de álcool 70%;
- Gel condutor.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Orientar o paciente ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Verificar o número de conectores;
- Realizar a limpeza da pele para aplicação dos eletrodos;
- Posicionar os eletrodos no local indicado;
- Conectar os eletrodos ao cabo de monitorização;
- Posicionar a braçadeira do esfigmomanômetro;

- Posicionar o dispositivo da saturação e do pulso (oximetro);
- Posicionar o dispositivo termômetro;
- Ligar alarmes e ajustar os parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Acomodar o paciente de forma confortável;
- Lavar as mãos.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem

Administração de Medicamentos/Diversas Vias – Rotina: 013

Definição:

Enquadra-se no ato de fornecer, administrar, instilar e/ou passar medicações através do cumprimento de uma conduta médica – prescrição.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL

Definição:

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

Objetivos:

Utilizar o trato digestivo para absorver o medicamento;

Acarretar efeitos locais no trato digestivo e sistêmico, após absorção na circulação sanguínea.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Material necessário:

- Bandeja, copinho descartável, rótulo de identificação, medicamento prescrito, seringa se necessário (s/n), conta gotas s/n, triturador de comprimidos s/n, espátula s/n, canudinho s/n, copo com água.

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 contendo: nome da droga, nome do paciente, dose, horário, via de administração.
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar o rótulo do medicamento no copo descartável;

- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar o medicamento no copinho (diluir s/n);
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-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 todo(s) o(s) medicamento(s);
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade dopaciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-las com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer a anotação de enfermagem se houver intercorrências.

Cuidados Relacionados:

- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar o medicamento direto em sua boca (necessidade do uso da luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa;
- Verificar se o paciente ingeriu a medicação;
- Conferir a 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 o médico;
- Essa via é contra indicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentam náuseas e vômitos.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA OTOLÓGICA

Definição:

É a administração de medicamentos pelo ouvido para tratamento local.

Objetivo:

Administrar medicamento local para o tratamento de afecção otológica.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Material necessário:

- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Medicamento prescrito;
- Bandeja.

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;
- Reunir o material utilizado na bandeja;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Colocar o paciente sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para o lado;
- Na presença de secreção, usar luvas de procedimento;

- Em adulto: segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para fora;
- Instilar a quantidade de gotas prescritas sem contaminar o frasco do medicamento (não deixar a gota tocar a pele do paciente);
- Solicitar ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 minutos;
- Repetir o procedimento no lado oposto se houver prescrição;
- 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;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

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 o médico.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA RETAL

Definição:

É a administração de medicamentos no reto, permitindo a absorção de diversos fármacos pela mucosa intestinal, podendo, inclusive, gerar efeitos sistêmicos.

Objetivos:

- Efetuar o esvaziamento do conteúdo intestinal;
- Utilizar a via retal para absorção medicamentosa sistêmica;

- Evitar a desativação da função medicamentosa pelas enzimas do estômago;
- Evitar a irritação estomacal;
- Administrar medicamentos quando a via oral não é a de eleição.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Material necessário:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Óculos de proteção;
- Solução com medicamento prescrito;
- Sonda retal;
- Soro fisiológico;
- Biombo;
- Forro impermeável;
- Comadre;
- Toalha;
- Gaze;

Descrição do Procedimento:

- Supositórios:

- 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 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;
- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com um biombo;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Colocar o forro impermeável sob o paciente;
- Colocar uma toalha sobre o paciente, expondo-o o mínimo necessário;
- Preservar a intimidade do paciente;
- Lubrificar a cânula de aplicação com gel anestésico;
- Introduzir a cânula do aplicador no reto;
- Administrar a medicação conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Solicitar que o paciente aguarde o máximo de tempo que conseguir sem evacuar;
- 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;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

- Enteroclisma (mais que 150 ml de solução) ou **clister** (até 150 ml de solução):

- 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 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;
- Realizar a higienização das mãos;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa da cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com um biombo;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Colocar o forro impermeável sob o paciente;
- Colocar uma toalha sobre o paciente, expondo-o o mínimo necessário;
- Acoplar o frasco com a solução prescrita no suporte de soro;
- Realizar a higiene íntima do paciente ou solicitar ao paciente que o faça;
- Lubrificar a sonda retal +/- 10 cm ou o bico do frasco do clister;
- Abrir o equipo e introduzir lentamente todo o volume da solução (no clister, apertar o frasco até esvaziá-lo);
- Retirar a sonda ou frasco do clister e encaminhar o paciente ao banheiro (ou oferecer comadre);
- Pedir ao paciente que retenha a solução (5 a 15 minutos);
- Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;
- Deixar o paciente confortável e recolher o material do quarto;
- Encaminhar os resíduos para a sala de utilidades;
- Retirar as luvas de procedimento;

- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Chegar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer a anotação de enfermagem, indicando o local onde foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

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;
- Verificar a característica das eliminações e registrar.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBLINGUAL

Definição:

É a administração de medicamentos na mucosa oral – SL (sublingual) para rápida absorção do medicamento.

Objetivos:

Absorver a medicação de forma mais rápida;

Administrar medicamento que é inativado pelo suco gástrico.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material necessário:

Bandeja, medicamento prescrito, copinho plástico descartável, rótulo de identificação.

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 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;
- Colocar o rótulo do medicamento no copinho descartável;
- Colocar o medicamento no copinho;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa da cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Entregar o medicamento ao paciente e orientar para colocar parado sob a língua, sem mastigar ou engolir;
- 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 fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer a anotação de enfermagem, indicando o local onde foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

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;
- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual;
- No caso de pacientes com nível de consciência rebaixado, a terapia deve ser revista junto ao médico.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA

Definição:

Medicação subcutânea é aquela que é realizada e absorvida no tecido adiposo, logo abaixo da derme. Ela é utilizada para a administração de medicamentos e vacinas que não causam irritação nos tecidos do corpo e precisam de uma absorção lenta e gradual.

Objetivos:

A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes, em um volume máximo de 1,5 ml, que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua, como é o caso das vacinas contra o sarampo, a tríplice viral, a febre amarela e a rubéola. Medicações como adrenalina. Insulina, terbutalina e anticoagulantes são exemplos.

Vantagens:

Absorção lenta e contínua da medicação. Ação constante. Além de ser de fácil aplicação permite que a pessoa realiza auto aplicação. Os medicamentos administrados não são afetados pelos distúrbios gástricos. Sua administração independe do estado de consciência ou raciocínio do paciente.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material necessário:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 40x12 para aspiração;
- Agulha 13x4,5;
- Seringa adequada;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Medicamento prescrito.

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 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 40x12 ou a disponível e a seringa adequada;
- Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13x4,5 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 antissepsia do local de aplicação com álcool;

- 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;
- Segurar a seringa como se fosse um dardo deixando a palma da mão para cima;
- Inserir em um único movimento a seringa com a agulha 13x4,5 mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90º;
- Aspirar a seringa para certificar-se de não ter atingido nenhum vaso, caso isso tenha ocorrido tracionar levemente a seringa;
- 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 algodão;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no coletor de materiais perfuro cortantes (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;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer a anotação de enfermagem se houver intercorrências.

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;
- Administrar um volume máximo de 0,5 ml e 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento;
- Locais mais indicados para aplicação de medicamentos por via subcutânea: deltoide, face externa do braço, face externa da coxa, parece abdominal e região escapular;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90º quando hipodérmica ou 45º quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças;
- Após aplicação de insulina ou heparina, o local não deve ser massageado;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR

Definição:

É o procedimento frequentemente realizado na prática de enfermagem, e envolve uma série de decisões complexas relacionadas ao volume a ser injetado, medicação a ser administrada, técnica de administração, seleção do local e dispositivo.

Vantagens:

Essa via permite a administração de medicamentos em solução aquosa e oleosa. Ação mais rápida da droga, comparando-se à administração por via oral, Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo. Permite infusão de pequenos volumes de medicamento, no máximo até 5 ml. Facilidade de visualização e acesso ao músculo.

Locais para aplicação IM: Cinco músculos são geralmente selecionados como possíveis locais para administração IM de medicamentos, sendo eles: deltóide, dorsoglúteo, ventroglúteo, vasto lateral e reto lateral.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Material necessário:

- Bandeja;
- Rótulo de identificação;
- Lucas de procedimento;
- Seringa;
- Agulha 40x12, agulha 25x7 ou 30x8;
- Medicamento prescrito;
- Algodão;
- Álcool a 70%.

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 e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- 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 a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;

- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Fazer a reconstituição com o líquido recomendado, s/n com agua destilada;
- Aspirar o conteúdo do frasco;
- Trocar a agulha (para 25x7 ou 30x8);
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira.
- 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;
- Expor a área de aplicação e definir o local da administração;
- Palpar o músculo (medicação local);
- Fazer a antissepsia do local;
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local da 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 algodão;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;

- Descartar o material perfurocortante 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;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer a anotação de enfermagem se houver intercorrências.

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;
- Realizar rodízio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha..

Seleção de local de aplicação de intramuscular e volume máximo a ser administrado segundo faixa etária:

IDADE	**DELTÓIDE**	**VENTRO GLÚTEA**	**DORSO GLÚTEA**	**VASTO LATERAL**
Prematuros	-	-	-	0,5ml
Neonatos	-	-	-	0,5ml
Lactantes	-	-	-	1ml
3 a 6 anos	-	1,5ml	1ml	1,5ml
6 a 14 anos	0,5ml	1,5-2ml	1,5-2ml	1,5ml
Adolescentes	1ml	2-2,5ml	2-2,5ml	1,5-2ml
Adultos	1ml	4ml	4ml	4ml

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA

Definição:

É a infusão endovenosa de medicação que permite que fluidos e drogas tenham acesso direto ao sistema cardiovascular. Considerada uma via de ação rápida e seu uso permite a administração de grandes volumes líquidos, dentro de determinados limites, drogas potencialmente contraindicadas para as demais vias e de soluções hipo e hipertônicas. Via muito utilizada em situação de emergência.

Objetivos:

Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de enfermagem.

Material:

- Luva de procedimento;
- Agulha;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Algodão seco;
- Bandeja.

Procedimento:

- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário;
- 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;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Montar a agulha e a seringa tomando cuidado para não contaminar;
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
- Frasco;

- Fazer antissepsia com álcool 70% na tampa da borracha;
- Perfurar a borracha com agulha e injetar ar na mesma quantidade de líquido a ser aspirado;
- Aspirar o líquido do frasco;

  Ampola:
- Fazer antissepsia com álcool 70% no gargalo da ampola;
- Proteger o gargalo com algodão seco ao quebrá-lo;
- Segurar a ampola entre o dedo médio e o indicador da mão dominante;
- Retirar todo o ar da seringa, sem desprezar o medicamento;
- Adaptar agulha de calibre adequado a seringa, de acordo com a via de administração;
- Verificar se o nome do cliente confere com a prescrição esclarecendo-o sobre a medicação que irá receber;
- Aplicar a medicação de acordo com a técnica e via escolhida;
- Desprezar agulhas e seringas em local próprio, jamais reencapar;
- Higienizar as mãos;
- Checar o medicamento no prontuário e anotar qualquer intercorrência.

Cuidados:

- Não deixar o medicamento na mesa de cabeceira do paciente ou permitir que terceiros administrem;
- Se houver recusa do paciente (lúcido) ou seus familiares em aceitar a medicação, deve-se comunicar imediatamente o enfermeiro ou o médico;
- Sempre que possível, avaliar a história prévia do paciente em resposta a droga incluindo efeitos contrários, alergias e idiossincrasias antes de administrar a droga.

✓ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INALATÓRIA:

Definição:

Definimos então “terapêutica inalatória” como a utilização inalada para administração em forma de aerossóis de fármacos, que podem ter finalidade diagnóstica e terapêutica, ou seja administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial do trato respiratório. Popularmente conhecidas como inalação.

Objetivo:

- Administrar a medicação prescrita pelo profissional de saúde;
- Promover a fluidificação de secreção das vias aéreas superiores e inferiores;
- Agir como mucolítico e expectorante de afecções inflamatórias agudas e crônica das vias aéreas;
- Agir como mucolítico e broncodilatador nas afecções alérgicas e inflamatórias do trato respiratório;
- Produzir efeitos sistêmicos após a absorção na circulação sanguínea.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares em enfermagem.

Material necessário:

- Ki de nebulização;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Fonte de O2 ou ar comprimido;
- Medicação prescrita;
- Bandeja.
- Conferir a prescrição médica;

Descrição do Procedimento:

- 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;
- Separar o material a ser utilizado na bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação do medicamento seguindo os itens de segurança do paciente;
- Levar o material até a unidade do paciente (quando internado);
- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
- Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica;
- Conferir a solução preparada com a prescrição médica;
- Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler se estiver no leito;
- Conectar o inalador a fonte de O2 ou ao ar comprimido;
- Abrir a válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6 l/min;
- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;
- Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que permaneça com os olhos fechados enquanto durar a nebulização;
- Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;
- Desconectar a extensão do inalador;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Deixar a unidade em ordem;

- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o aprazamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico e auxiliar de enfermagem);
- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado (enfermeiro).

Cuidados Relacionados:

- Certificar-se se a montagem do kit de nebulização ficou estável;
- Interromper a medicação se ocorrer reações ao medicamente e comunicar imediatamente ao médico responsável;
- Trocar o kit de nebulização a cada uso;
- O kit de nebulização é de uso individual;
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do cliente a aerossol terapia, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa;
- Realizar a montagem do kit na rede somente quando for utilizar;

Risco Relacionado:

Desenvolver reação alérgica ou reação adversa relacionada a determinado fármaco utilizado.

Realização das medicações acima descritas:

Em atendimento a prescrição médica.

Sondagem nasogástrica – Rotina: 014

Definição:

Procedimento invasivo onde uma sonda nasogástrica é introduzida pela narina ou pela boca com técnica própria posicionando-se a proximidade proximal no estômago.

Indicações:

Alimentar o paciente na impossibilidade da via oral;

Alívio da distensão gástrica;

Algumas afecções gástricas;

Objetivo:

A sondagem nasogástrica/orogástrica (inseridas pelo nariz ou boca, respectivamente), é utilizada com a finalidade de descompressão gástrica; diagnosticar a motilidade intestinal; administrar medicamentos e alimentos; tratar uma obstrução ou um local com sangramento e obter conteúdo gástrico para análise.

Indicações:

Alimentar o paciente na impossibilidade da via oral;

Alívio da distensão gástrica;

Algumas afecções gástricas;

Drenar o conteúdo gástrico;

Realizar lavagem gástrica;

Intoxicação exógena;

Administrar medicamentos;

Prevenir obstrução no pós-operatório gastrointestinal;

Hemorragia gástrica;

Medir resíduo gástrico.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros.

Material necessário:

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Sonda tipo Levine nº12 ou 14 para Gavagem e 16 ou 18 para sifonagem;
- Esparadrapo;
- Xilocaína gel;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Coletor sistema aberto (para Sifonagem);
- Máscara descartável.

Descrição do Procedimento:

- Verificar na prescrição médica a indicação de sondagem;
- Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz ou em casos de traumatismo craniano (nesses casos faz-se a passagem pela cavidade oral);
- Avaliar o estado mental do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Avaliar a capacidade do paciente para deglutição;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Separar o material necessário para o procedimento na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Colocar o paciente em posição sentada ou elevar a cabeceira da cama à 45º, colocando uma toalha sobre o tórax (pacientes com nível de consciência rebaixada colocar a cabeceira no máximo a 30º);
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Verificar o uso de prótese dentária (devem ser retiradas com o consentimento do paciente);
- Solicitar ao paciente que faça ou fazer por ele a higiene das narinas com papel higiênico;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e marcar com um pedaço de esparadrapo o local;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax (verificar se não há restrições no movimento do pescoço ou fazer por ele s/n);
- Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial para trás e para baixo), solicitando ao paciente eu faça o movimento de deglutição;
- Voltar à cabeça para a posição ereta;
- Continuar introduzindo a sonda até ponto marcado;
- Para certificar o posicionamento correto da sonda deve-se injetar 10 ml de ar pela sonda e auscultar em região epigástrica por meio de estetoscópio para certificar o posicionamento (som específico);
- Conectar uma seringa de 20 ml a extremidade da sonda e aspirar para confirmar se há refluxo de conteúdo gástrico;
- Emergir a parte proximal da sonda em um copo com água e,se aparecer borbulhas, a sonda esta nas vias aéreas devendo retirá-la imediatamente;
- Observar dispneia, cianose, ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado devendo ser retirada);
- Fixar a sonda;
- Em caso de Sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;

- Desprezar os resíduos;
- Retirar a luva de procedimento;
- Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades onde a bandeja deverá ser lavada com água e sabão, secada e higienizada com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com rubrica de quem realizou o procedimento;
- Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências.

Cuidados Relacionados:

- Cianose, tosse e dispneia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente);
- Trocar a fixação da sonsa diariamente ou sempre que estiver solta ou suja;
- Se a sonda for perdida em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada sem conhecimento e autorização do médico;
- É privativo ao enfermeiro na equipe de enfermagem a instalação da sonda nasogástrica;
- O procedimento em pacientes entubados acoplados a ventilação mecânica é o mesmo;
- Evitar lesões orais, nasais, esofágicas, e gástricas realizando o procedimento com a sonda do tamanho ideal ao paciente específico;
- Na presença de prótese dentária, retirar a mesma no momento da passagem da sonda, se o paciente permitir, entregando-a ao mesmo e ou responsável, reposicionando-a a pós o procedimento.

Sondagem Orogástrica – Rotina: 015

Definição:

É a inserção de uma sonda na cavidade oral com a finalidade de descompressão do estômago ou para alimentação. A via oral é utilizada para clientes com desvio do septo nasal e lesões. É a via de preferência para neonatos devido a sua respiração ser essencial pela narina, o que inviabiliza esta via.

Objetivos:

- Prevenir vômitos no pós-operatório;
- Aliviar o desconforto de uma disfunção gástrica;
- Avaliação no tratamento de sangramento do TGI;
- Coleta de conteúdo gástrico para análise;
- Administração de medicamentos.
- Material necessário:
- Sonda nº12, 14, 16 ou 18 french para adulto normal e nº04, 06, 08 ou 10 para crianças dependendo da idade;
- Esparadrapo/fita microporosa;
- Luva de procedimento;
- Xilocaína gel ou outro anestésico tópico;
- Seringa 20 ml;
- Estetoscópio;
- Algodão com álcool 70%.

Descrição do procedimento:

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Levar todo o material junto ao leito do paciente; proporcionar privacidade;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler alto, ao menos que haja contraindicação;

- Ficar em pé ao lado direito do cliente;
- Ajudar o cliente a posicionar a face para frente, com o pescoço na posição neutra;
- Segurar a sonda junto ao canto da boca do cliente até o lóbulo da orelha, processo xifoide e realizar marcação com o esparadrapo;
- Lubrificar os primeiros 8cm da sonda com xilocaína;
- Instruir o paciente que faça uma flexão na cabeça em direção ao tórax com o intuito de fechar a traqueia;
- Pedir que ele abra a boca;
- Colocar a ponta da sonda na parte posterior da língua do cliente;
- Direcionar a sonda para baixo;
- Orientar o cliente a fazer movimento de deglutir para facilitar a descida da sonda;
- Interromper o avanço da sonda quando a marca do esparadrapo chegar;
- Acoplar uma seringa de 20 ml preenchida com ar. Colocar o estetoscópio no ouvido e posicionar na posição gástrica proximal e injetar os 20 ml de ar a fim de ouvir a entrada de ar no estômago, confirmando a posição da sonda;
- Fixar a sonda com esparadrapo no nariz do paciente, conectá-la ao sistema aberto para drenagem ou mantê-la fechada conforme prescrição médica;
- Anotar tipo, tamanho, data, hora e a via de inserção da sonda;
- Anotar o material drenado, incluindo o volume, cor, características, consistências e odor de qualquer material eliminado.

Remoção de sonda orogástrica:

- Estetoscópio;
- Seringa com bico;
- Luva de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%.

Procedimento da retirada da sonda:

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Avaliar o funcionamento intestinal auscultando para ver se há peristaltismo ou flatos;
- Ajudar o cliente a assumir a posição semi-Fowler;
- Lavar as mãos;
- Usar a seringa com 20 ml de soro fisiológico 0,9% para irrigar a sonda;
- Certificar de que a sonda não está com conteúdo gástrico;
- Soltar a fixação da sonda;
- Fechar a sonda, dobrando-a em sua mão;
- Pedir ao cliente para prender a respiração para fechar a epiglote;
- Retirar a sonda imediatamente;
- Anotar a data e a hora da retirada da sonda.

Sondagem Vesical de Demora Masculino e Feminino – Rotina: 016

Definição:

É a introdução de uma sonda até a bexiga pela uretra a fim de retirar a diurese.

Objetivos:

Restaurar ou facilitar o funcionamento urinário, monitorar os sistemas renal e urinário ajudando no diagnóstico da disfunção;

Tratar incontinência e retenção urinária distúrbios obstrutivos (cálculos urinários, hipertrofia prostática, estenose uretral, neoplasias renais) drenos urinário, irrigação vesical;

Realizar o controle de eletrólitos/diurese, para que sua patologia seja tratada de forma adequada.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Médicos.

Materiais:

- Bandeja;
- Sonda foley de 2 ou 3 vias, conforme prescrição;
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Kit cateterismo vesical fértil (1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça);
- Pacote de gaze estéril;
- PVPI tópico;
- Xilocaína gel;
- Agulha 25x8;
- Seringa de 20 ml;
- Água destilada – 20 ml;
- Esparadrapo;
- Luvas estéreis;
- Equipamento de proteção individual;
- Biombo;
- Material de higiene do períneo;

- Sabonete neutro;
- Luvas de procedimento;
- Bacia com água;
- Compressas ou tecido limpo;
- Comadre.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Reunir o material e explicar o procedimento;
- Atentar-se para a privacidade do paciente (fechando portas e colocando biombo);
- Realizar a higiene do períneo s/n.
- Higiene do períneo:
- Higienizar a região perineal e genital do paciente utilizando bacia com água, as compressas e o sabonete neutro;
- Utilizar movimentos unidirecionais – Antero posterior;
- Higienizar as mãos após o procedimento;
- Masculino: Posicionar a paciente em decúbito dorsal com pernas estendidas e pouco afastadas;
- Feminino: Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e os pés afastados com cerca de 60 cm de distância;
- A pessoas que realiza o procedimento deve permanecer posicionada ao lado da cama do paciente de forma que a mão não dominante fique mais próxima à região genital do que a mão dominante;
- Umedecer as gazes com PVPI tópico;
- Abrir o pacote estéril do cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Posicionar a cuba rim próximo à região perineal do paciente, em cima do campo estéril;
- Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo;

- Abrir a seringa de 20 ml e a agulha 25x8 em cima do campo;
- Calçar a luva estéril em cima de uma superfície plana próxima ao campo;
- A pessoa que auxiliar o procedimento deve abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar 20 ml de água;
- Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada e desinsuflar o balonete;
- Conectar a sonda na bolsa coletora;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;

Feminino:

- A pessoa que auxilia no procedimento deverá pendurar a bolsa coletora na beira do leito;
- Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Abrir a região genital da paciente com a mão não dominante (essas mãos não deverão ser removidas dessa posição até o final da introdução da sonda);
- Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antissepsia da região genital, iniciar pelos grandes lábios e depois pequenos lábios, em movimento único de cima para baixo (frente para trás) utilizando uma gaze para cada movimento a ser realizado;
- Realizar a antissepsia do meato uretral em movimento circular único;
- Introduzir a sonda na uretra da paciente até a saída da urina e avançar mais 3 cm
- Pegar a seringa de 20 ml e introduzir 12 a 15 ml de água destilada no balonete da sonda;
- Tracionar a sonda até encontrar pequena resistência;
- Fixar a sonda na face interna da coxa da paciente;

- Averiguar a sonda, extensão e bolsa coletora que não devem ficar hiperestendidas nem dobrada;

  Masculino:

- Desconectar o êmbolo da segunda seringa;
- A pessoa que auxilia deve preencher o interior do corpo da seringa com 10 ml de xilocaína;
- Conectar novamente o êmbolo da seringa com cuidado para não extravasar;
- Dobrar as gazes embebidas em PVPI tópico, uma a uma e mantê-las dentro da cuba redonda;
- Segurar o corpo peniano do paciente com a mão dominante (essa mão não deverá ser removida dessa posição até o final da introdução da sonda);
- Com a outra mão pegar a pinça e iniciar a antissepsia da região genital;
- Realizar a antissepsia do meato urinário com uma gaze em movimento circular;
- Pegar a seringa com xilocaína e introduzir delicadamente a ponta da seringa dentro da uretra do paciente e instilar os 10 ml de xilocaína;
- Verificar o clamp da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora deve permanecer fechado;
- Pendurar a bolsa coletora na beira do leito;
- Introduzir a sonda na uretra do paciente até a saída da urina e avançar mais 3 cm;
- Pegar a seringa e introduzir 12 a 15 ml de água destilada no balonete da sonda;
- Tracionar a sonda até encontrar pequena resistência;
- Fixar a sonda no hipogástrico ou flanco lateral direito ou esquerdo do paciente, deixar folga no cateter para permitir o movimento da perna;
- Averiguar a sonda, extensão e bolsa coletora que não devem ficar hiperestendidas nem dobrada;
- Recolher todo o material;

- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento: horário, característica da diurese (cor se tem sedimentos ou não, presença de sangue).
- Não se esquecer de carimbar e assinar.

Obs.: Realizar o procedimento sempre em dois profissionais, um profissional realizará a técnica, portanto estará paramentado, o outro profissional ficará de apoio, como na abertura e oferecimento de materiais.

Sondagem Vesical de Alívio Feminino e Masculino – Rotina: 017

Definição:

A sondagem vesical de alívio consiste na introdução de um cateter estéril (cateter de Foley ou sonda Levine) na bexiga, através da uretra, com técnica asséptica.

Objetivo:

- Drenar a diurese em pacientes com retenção urinária;
- Coletar urina para exames;
- Instilar medicamentos.

Profissional envolvido:

Enfermeiros.

Material necessário:

- Bandeja de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, pinça);
- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Luva estéril;
- Gel anestésico estéril;
- Solução antisséptica aquosa (clorexidina);
- Biombos;
- Cateter vesical de Foley ou cateter de Levine (conforme avaliação realizada no paciente, incluindo na avaliação o tamanho do cateter);
- Frascos para coleta de urina (EAS) e/ou urinocultura s/n.

Descrição do procedimento:

Paciente do sexo feminino:

- Verificar a indicação do procedimento;
- Explicar o procedimento à paciente e/ou acompanhante;
- Identificar fatores que possam contra indicar o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Levar o material até a unidade do paciente;

- Posicionar os biombos ao redor do leito, de modo a não expor a paciente durante o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés sobre o leito;
- Realizar higiene íntima com água e sabão;
- Retirar o material utilizado na higiene íntima;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Abrir a bandeja de cateterismo, usando a técnica asséptica, em local apropriado;
- Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
- Abrir o material descartável (sonda uretral e gaze estéril) sobre o campo estéril;
- Colocar o antisséptico escolhido na cuba da bandeja (o líquido, não o reservatório);
- Colocar o gel anestésico estéril sobre a gaze (atentar para não contaminar o campo com o tubo do gel);
- Calçar as luvas estéreis;
- Tocar o meato uretral com o antisséptico escolhido;
- Colocar o campo fenestrado sobre a paciente, expondo a região genital;
- Lubrificar com gel anestésico estéril o cateter;
- Separar com uma das mãos os pequenos lábios, de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
- Colocar a cuba rim próximo a região genital da mulher;
- Introduzir o cateter no meato uretral;
- Realizar o esvaziamento total da bexiga ou coletar a urina, caso seja para exame laboratorial;

- Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir;
- Secar a área genital;
- Deixar a paciente confortável;
- Colocar o material contaminado na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada (avaliar a necessidade do uso da luva de procedimento);
- Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades;
- Desprezar os resíduos;
- Medir o volume urinário no cálice graduado, s/n (utilizando precaução universal);
- Realizar a higienização das mãos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool 70% friccionando 3 vezes (realizado pelo atendente, na sala de utilidades);
- Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento;
- Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado, possíveis intercorrências, anotar o volume da urina, seu aspecto e coloração;

Paciente do sexo masculino:

- Verificar a indicação do procedimento;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Identificar fatores que possam contra indicar o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Separar o material;
- Levar o material até a unidade do paciente;
- Posicionar os biombos ao redor do leito, de modo a não expor o paciente durante o procedimento;

- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, expondo a região genital;
- Realizar higiene íntima com água e sabão;
- Retirar o material utilizado na higiene íntima;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Abrir a bandeja de cateterismo, em local apropriado, usando a técnica asséptica;
- Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
- Abrir o material descartável (sonda uretral e gaze estéril) sobre o campo estéril;
- Colocar o antisséptico escolhido na cuba da bandeja (o líquido, não o reservatório);
- Colocar o gel anestésico estéril sobre a gaze (atentar para não contaminar o campo com o tubo do gel);
- Calçar as luvas estéreis;
- Tocar o meato uretral com o antisséptico escolhido;
- Colocar o campo fenestrado sobre o paciente, de maneira a expor o pênis;
- Segurar o corpo do pênis (com a mão não dominante) elevando-o a uma posição quase vertical;
- Colocar a cuba rim próximo à região peniana;
- Lubrificar a sonda com o gel anestésico da gaze;
- Introduzir a sonda na uretra com cuidado, observando alguma possível resistência;
- Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
- Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
- Secar a área e deixar o paciente em posição confortável;
- Colocar o material contaminado na bandeja;

- Retirar as luvas;
- Recolher o material, mantendo a unidade organizada (avaliar a necessidade do uso de luva de procedimento);
- Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades;
- Desprezar os resíduos;
- Medir o volume urinário no cálice graduado, s/n (utilizar precaução universal);
- Orientar o atendente para lavar a bandeja com água e sabão, secar com o papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70% friccionando 3 vezes;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento;
- Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado, possíveis intercorrências, anotar o volume da urina, seu aspecto e coloração.

Cuidados Relacionados:

As técnicas acima propostas deverão ser efetuadas preferencialmente por duas pessoas, sendo uma para realizar o cateterismo e a outra para auxiliá-la;

No caso de ser realizado por uma única pessoa, observar se todo o material está posicionado sobre o campo estéril antes de calçar as luvas estéreis;

Na equipe de enfermagem, esse procedimento é privativo ao enfermeiro.

Aferição de Sinais Vitais – Rotina: 018

1- Aferição de Temperatura Axilar

Definição:

É a mensuração e o registro da temperatura axilar.

Objetivo:

- Determinar a temperatura axilar do paciente;
- Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;
- Corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Necessidade da verificação da temperatura axilar:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da temperatura do paciente.

Material necessário:

- Termômetro clínico;
- Algodão;
- Álcool a 70%, caneta e papel;

Descrição do procedimento:

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35ºC, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça;

- Se necessário, enxugar a axila do paciente;
- Verificar se há presença de feridas, edemas, sinais flogísticos no local. Se tiver alterações, realizar a aferição em outra axila;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
- Retirar o termômetro após 3 minutos e realizar a leitura;
- Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35ºC);
- Se termômetro digital aguardar o bip;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Recolher o material;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

Nomenclatura e valores de referência:

- Hipotermia: temperatura abaixo de 35ºC
- Afebril: 36,1 a 37,2ºC
- Estado febril: 37,3 a 37,7ºC
- Febre/Hipertermia: 37,8 a 38,9ºC
- Pirexia: 39 a 40ºC
- Hiperpirexia: acima de 40ºC

Cuidados Relacionados:

Especial atenção para pacientes em precaução de contato. Nesse caso, o termômetro é individual e de uso exclusivo desse paciente.

2- Aferição de glicemia capilar periférica

Definição:

É a dosagem de glicose no sangue capilar.

Normal: glicemia de jejum entre 70mg/dl e 99mg/dl, e inferior a 140mg/dl 2 horas após a alimentação;

Hipoglicemia: inferior a 70mg/dl;

Hiperglicemia: superior a 200mg/dl.

Objetivos:

Realizar o controle glicêmico do paciente de acordo com a prescrição médica ou protocolo.

Material utilizado:

- Fita teste para glicemia;
- Lanceta ou agulha 13x4,5;
- Algodão seco.

Procedimento:

- Informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Selecionar o local da punção: polpa dos dedos ou lóbulo das orelhas, realizando sempre rodízio do local da punção;
- Realizar antissepsia no local da punção;
- Pressionar e puncionar com agulha e lanceta;
- Fazer com que a área reagente da fita teste entre em contato com o sangue;
- Secar o local da punção, certificando-se a interrupção do sangramento;
- Aguardar o tempo de leitura da fita teste;
- Registrar o resultado na folha de controle dos sinais vitais;
- Comunicar alterações de valores a enfermeira ou médico.

Responsabilidade:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

3- Realização de oximetria de pulso

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 (Sp02)

A oximetria de pulso fundamenta-se em dois princípios básicos: espectrofotometria e pletismografia. A espectrofotometria mensura a quantidade de luz transmitida (ou refletida), através dos capilares do paciente, sincronizados com o pulso cardíaco, e a pletismografia registra o volume de sangue arterial nos tecidos e, consequentemente, a absorção e luz por esse sangue que se altera durante a pulsação.

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%.

Objetivo:

Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem; Médico e Fisioterapeuta.

Material necessário:

- Aparelho de oximetria de pulso;
- Bolas de algodão;
- Álcool 70%;
- Removedor de esmalte.

Descrição do procedimento:

Locais de colocação do aparelho: extremidade das mãos (quirodáctilos) ou lóbulo da orelha.

Técnica:

- Realizar a higienização das mãos;
- 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 desinfecção do sensor com álcool a 70%;
- Colocar o sensor adequado na polpa digital dos dedos do membro superior ou inferior ou lóbulo auricular;
- Aguardar a apresentação do valor no painel do oxímetro;
- Não exercer pressão sobre o dedo;
- Orientar o paciente quanto a não bater com oxímetro em superfícies duras ou balançar o mesmo durante a verificação;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento na ficha do paciente, comunicando eventuais anormalidades.

Cuidados Gerais:

Manter material de oxigenoterapia disponível;

Quando não houver mais a necessidade do seu uso, realizar a desinfecção com álcool a 70% antes de guardar o material.

Limitações:

- 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;
- Mediante sinais e sintomas de alteração de oxigenação do paciente;
- Mediante prescrição médica e de enfermagem.

4- Aferição de frequência respiratória

Definição:

É mensuração do número de incursões respiratórias em um minuto (irpm).

Objetivos:

- Verificar alteração na frequência respiratória;
- Monitorar a frequência respiratória do paciente com comprometimento das vias aéreas superiores e inferiores.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Necessidade da aferição da frequência respiratória:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da frequência respiratória do paciente.

Material necessário:

Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos.

Descrição do procedimento;

- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso, e, disfarçar, observando os movimentos respiratórios;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente.

Nomenclatura e valores de referência:

Adultos:

- 12 a 22 irpm – Eupneico
- >22 irpm – Taquipneico
- <12 irpm – Bradipneico

Crianças:

- 20 a 25 irpm

RN:

- 30 a 60 irpm

Cuidados Relacionados:

Especial atenção para pacientes em precaução de contato. É importante que o paciente não perceba que estão verificando o número de respirações para não correr à indução do valor correto.

5- Aferição de pressão arterial

Definição:

É a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.

Objetivo:

- Avaliar a capacidade e a eficácia do sistema cardiovascular;
- Verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Necessidade da aferição da frequência respiratória:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Quando os sintomas do paciente sugerirem aumento da pressão arterial.

Material necessário:

- Bandeja;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Algodão;
- Álcool a 70%.

Descrição do procedimento:

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;

- Preparar o material necessário na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar a desinfecção com algodão em álcool a 70% no estetoscópio e no esfigmomanômetro;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Escolher o manguito adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha 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%;
- Posicionar se possível, o paciente sentado;
- Expor o braço para colocar o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para estimativa da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto para inflar novamente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4mmHg por segundo. Após a identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6mmHg 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);
- Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco;
- Posicionar o paciente no leite de forma confortável;
- Realizar desinfecção com álcool a 70% no estetoscópio, no esfigmomanômetro e na bandeja;
- Guardar o material;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o procedimento e anotar o valor encontrado no prontuário do paciente, inclusive o membro no qual a pressão arterial foi aferida.

Nomenclatura e valores de referência:

- Classificação Pressão sistólica (mmHg) e Pressão Diastólica (mmHg)
- Ótima <120<80
- Normal <130<85
- Limítrofe 130-139/85-89
- Hipertensão estágio I 140-159/90-99
- Hipertensão estágio II 160-179/100-109
- Hipertensão estágio III > ou = 180 > ou = 110
- Hipertensão sistólica isolada > ou = 140.

Cuidados Relacionados:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato – o esfigmomanômetro e o estetoscópio devem ser individualizados e utilizar EPI;

- Não aferir a pressão arterial em membros que tiverem fístula arteriovenosa, cateterismo, plegia, punção venosa, infusão de líquidos e no membro que for o lado mastectomizado da mulher;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
- Considerar o efeito do jaleco branco nos pacientes.

6- Verificação de pulso periférico

Definição:

É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, em um minuto.

Objetivos:

- Avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente;
- Detectar e monitorar arritmias cardíacas;
- Avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca;
- Verificar a frequência, ritmo e qualidade do pulso.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Necessidade de verificação do pulso periférico:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração do ritmo cardíaco basal do paciente.

Material necessário:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos;
- Luvas de procedimento;

Descrição do procedimento:

- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Se necessário, aquecer as mãos, friccionando-as;
- Palpar a artéria escolhida;

- Colocar as polpas digitais do dedo médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente;
- Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto;
- Realizar a higienização das mãos;
- Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente.

Nomenclatura e valores de referência:

No adulto:

- 60 a 100 batimentos por minuto (bpm) – Normocardico
- <60 bpm – Bradicardico
- >100 bpm – Taquicardico

Cuidados Relacionados:

- Especial atenção para pacientes em precaução de contato;
- O local para verificação do pulso do paciente depende de seu estado. Comumente, as artérias são: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa;
- Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco.

Higienização do Paciente – Rotina: 019

BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

Definição:

É a higienização do corpo realizada no chuveiro com o auxílio da enfermagem em pacientes com dificuldade de locomoção e que podem sair do leito.

Objetivos:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente com dificuldade de locomoção;
- Reduzir o potencial de infecções em pacientes com dificuldade de locomoção.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Realização do banho de aspersão com auxílio:

- Em atendimento à prescrição de enfermagem e sempre que houver necessidade que demande esse cuidado;
- Quando houver desejo do paciente e nada que contra indique o procedimento.

Material necessário:

- Roupas de uso pessoa;
- Sabonete;
- Shampoo;
- Condicionador;
- Toalha de banho;
- Roupa de cama;
- Cadeira higiênica;
- Álcool a 70%;
- Luvas de procedimento.

Descrição do procedimento:

- Conferir a prescrição de enfermagem;

- Checar a necessidade da realização do procedimento;
- Realizar a desinfecção da cadeira de banho com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e auxiliá-lo a separar seus objetos de uso pessoal;
- Assegurar a privacidade do paciente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Auxiliar e/ou despir o paciente;
- Posicionar o paciente de forma adequada na cadeira higiênica;
- Cobrir o paciente com a toalha de banho;
- Encaminhar o paciente ao chuveiro;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higienização dos cabelos e cabeça;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higienização do rosto;
- Lavar ou auxiliar o paciente na higiene da região genital e nádegas;
- Secar o paciente com a toalha ou auxiliá-lo;
- Auxiliar ou vestir o paciente, ou cobri-lo com lençol ou toalha para vesti-lo no leito;
- Encaminhar o paciente para sua unidade;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos (se houver);
- Higienizar a cadeira de banho com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o horário do cuidado de enfermagem efetuado na prescrição de enfermagem;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências (técnico de enfermagem);

- Registrar em evolução de enfermagem a qualidade e efetividade do cuidado (enfermeiro).

Cuidados Relacionados:

- Estimular o autocuidado;
- Se houver curativos, estes devem ser realizados logo após o banho;
- Em pacientes em precaução de contato, o profissional deverá estar paramentado durante o procedimento e o banheiro higienizado logo após o banho;
- Proteger dispositivos invasivos do contato da água;
- O equipo de acesso venoso não devem ser desconectados.

BANHO NO LEITO

Definição:

Higienização total ou parcial do corpo, executada em pacientes acamados, impossibilitados de saírem do leito.

Objetivos:

- Higienizar a pele;
- Reduzir potencial de infecção;
- Estimular a circulação sanguínea, proporcionar atividades musculares, e oportunizar observação da integridade da pele e do estado do paciente;
- Proporcionar conforto físico e mental.

Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Kit para banho no leito, contendo: jarra, bacia, compressas e sabonete antisséptico;
- Kit de roupa contendo: 02 lençóis cobertos, 02 toalhas de banho, 01 fronha;
- Espátula e solução para higiene oral;
- Biombo, saco para hamper ou saco descartável;
- Gaze.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir todo o material necessário e levar ao leito do paciente, arrumando na mesa de banho;
- Avaliar a necessidade de higiene do couro cabeludo, se necessário proceder a lavagem conforme técnica;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante quando possível;
- Preservar a privacidade do paciente protegendo o leito com biombo;
- Arrumar a roupa de cama, obedecendo a sequencia de utilização;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Desprender a roupa de cama;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente, descer o lenço em leque até a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha;
- Fazer higiene oral, conforme técnica;
- Fazer higiene ocular, utilizando as mechas de 3 gazes, do canto interno para o externo;
- Iniciar a higiene do rosto, seguindo a sequencia face pescoço, realizando sempre o enxague, enxugando cada área após a higiene;
- Fazer a higiene dos braços, mãos e axilas, realizando sempre enxague despejando com a jarra água na bacia;
- Observar as condições da unha, lavando-as se necessário e cortando após o banho;
- Descobrir o tórax e o abdômen do paciente, ensaboando, enxaguando e enxugando;
- Observar a região infra-mamária nas pacientes do sexo feminino, secando bem a região;
- Posicionar-se aos pés do leito, e inicie a higiene dos MMIIs, lave as pernas com movimentos contínuos até os pés (observar espaços interdigitais);
- Desprezar a água da bacia e colocar água limpa na jarra;

- Colocar o paciente em decúbito lateral, iniciar a higiene das costas e das nádegas do paciente, ensaboar, enxaguar e enxugar;
- Colocar a roupa de cama limpa, colocar a toalha sobre a região glútea;
- Retornar o paciente a posição dorsal, iniciando a higiene intima conforme a técnica, se o paciente não for capaz de fazê-la;
- Certificar-se que o paciente está limpo e seco;
- Retirar as luvas;
- Elevar a cabeceira e deixa-la em posição confortável;
- Vestir o paciente deixando-o confortável;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observações:

- Verificar na prescrição de enfermagem se o paciente pode ser mobilizado, e se existe algum cuidado especial a ser realizado durante o banho;
- Os curativos não deverão ser retirados durante o banho, sendo realizados com técnica asséptica logo após;
- Observar o manuseio de pacientes em uso de drenos, cateteres, tubos orotraqueais e sondas;
- Trocar as fixações dos tubos orotraqueais (se for paciente de UTI), sondas e cateteres de acordo com a rotina do serviço, a cada 24 horas.

Responsabilidade:

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem supervisionado pelo Enfermeiro.

HIGIENE ORAL

Definição:

A higiene bucal em um Pronto Socorro é considerada um procedimento básico, indispensável de enfermagem que consiste em realizar o cuidado com a cavidade oral do paciente com entubação traqueal ou traqueostomia, submetidos ou não a ventilação mecânica. É essencial para o estabelecimento à manutenção da saúde bucal, visto que existem estudos científicos indicando que problemas bucais têm

condições de atuar como foco de disseminação de micro-organismos patogênicos, com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida.

Objetivos:

- Reduzir significativamente a incidência de infecções respiratórias e a necessidade de antibióticos sistêmicos;
- Combater ou prevenir afecções gengivais, como a gengivite, estomatite, placas bacterianas e outras bactérias orais;
- Prevenir o avanço da infecção da cavidade bucal para o trato respiratório;
- Manter a mucosa oral úmida;
- Obter e manter a limpeza;
- Evitar o mau hálito;
- Promover conforto ao paciente;

Material utilizado:

- Escova dentária ou espátulas com gaze;
- Solução de clorexidina;
- Aspirador;
- Copo descartável;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Preparar o material a ser utilizado;
- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada e a cabeça lateralizada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Em paciente consciente, escovar com escova dentária e creme dental no sentido póstero-anterior na arcada inferior e em seguida superior, prosseguir com a escovação das bochechas, palato e língua, e aplicar a solução de clorexidina após 30 minutos da escovação;

- Em pacientes inconscientes, usam se espátulas com gazes embebidas em solução de clorexidina a 0,12%;
- Passar nos vestíbulos e bochechas no sentido póstero-anterior;
- Passar no palato, superfícies vestibulares, linguais e oclusais dos dentes;
- Aspirar à orofaringe durante o procedimento;
- Organizar o ambiente após o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente o procedimento e as alterações encontradas durante a realização do mesmo.

Responsabilidade:

Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Alimentação por Cateter Naso/Orogástrico (Gavagem) – Rotina: 020

Definição:

É a alimentação oferecida ao paciente com o dispositivo do cateter naso/orogástrico instalado.

Objetivo:

- Prover a ingestão hídrica do paciente por meio do dispositivo instalado;
- Alimentar o paciente impossibilitado de receber alimentação por via oral.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Realização da administração da dieta por meio de cateter naso/orogástrico:

Em atendimento à prescrição.

Material necessário:

- Frasco com dieta e/ou frasco com água;
- Equipo para dieta por sonda;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Bandeja.

Descrição do Procedimento:

- Conferir a prescrição médica;
- Conferir o paciente certo, o frasco de dieta certo, a hora certa, a via certa, os riscos aos profissionais e os riscos ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Conferir o rótulo do frasco da dieta com a prescrição e o paciente (dieta certa, paciente certo);
- Observar a temperatura da dieta e a integridade do frasco;
- Separar o material necessário na bandeja;

- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Realizar a higienização das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Conectar o equipo ao frasco da dieta, preenchendo toda sua extensão;
- Posicionar o paciente em Fowler;
- Verificar se a sonda está corretamente posicionada;
- Aspirar o resíduo gástrico;
- Lavar a sonda com 20 ml de água potável;
- Acoplar o equipo da dieta a sonda nasogástrica;
- Abrir o equipo para alimentação fluir conforme tempo estipulado e necessidade do paciente;
- Lavar a sonda com flush de 20 ml de água potável ao término da dieta;
- Fechar a sonda;
- Manter o paciente em posição de Fowler ou semi-fowler por 30 minutos;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Encaminhar para a sala de utilidades a bandeja para realização de sua desinfecção;
- Realizar a desinfecção do estetoscópio com álcool a 70% 3 vezes de forma unidirecional;
- Desprezar o material descartável utilizado na técnica;
- Realizar a higienização das mãos;
- Checar o horário da administração da alimentação na prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem relacionada ao procedimento e intercorrências.

Cuidados Relacionados:

- Se por algum motivo a dieta não for administrada, relatar o motivo em prontuário;
- Registrar qualquer tipo de desconforto que o paciente possa ter sentido no momento da administração da dieta;
- Em presença de náuseas e/ou êmese, parar a dieta imediatamente, verificar se existe a prescrição de pró-cinético e comunicar ao médico;
- O equipo da dieta deve ser trocado a cada 24 horas;
- Especial atenção à higiene oral do paciente com sonda nasogástrica/orogástrica;
- Hidratar o paciente com água potável pelo cateter a cada 6/6h ou 4/4h (após avaliar seu estado clínico e sua necessidade de suporte hídrico);
- Atenção para a validade da dieta (descrita no rótulo);
- Especial atenção para pacientes com restrição hídrica;
- Atentar para o registro da dieta, do resíduo gástrico e da hidratação no balanço hídrico;
- Verificar o resíduo gástrico (volume de líquido dentro do estômago) antes da administração da dieta e;
- Menor que a metade do último volume infundido: desprezar o resíduo e administrar o próximo frasco.
- Maior/igual que a metade do último valor infundido: reinfundir o resíduo e descontar esse valor da próxima dieta. Repensar a administração da dieta para bomba de infusão;
- Maior/igual que o total do último volume infundido: desprezar o resíduo, parar a dieta e comunicar o médico.

Acesso Venoso Periférico – Rotina: 021

Definição:

É o acesso de via intravenosa, através de dispositivo com aletas, ou seja, escalpe.

Indicações:

- Permitir uma via de ação rápida, de drogas contraindicadas para as demais vias e de soluções hiper e hipotônicas;
- Permitir acesso em situações emergenciais ou em paciente/cliente gravemente enfermo;
- Infusão de curta duração;
- Administração de baixos volumes;
- Coleta de sangue para exames (de calibre maior que o escalpe nº23).

Especificação do Dispositivo:

Scalp = Escalpe

Dispositivo para infusão intravenosa com aletas (asas), que facilitam a "empunhadura" durante a punção e a estabilização do dispositivo durante o tempo de permanência na veia. O bisel deve ser biangulado e trifacetado para facilitar a punção e reduzir o traumatismo dos tecidos.

Avaliação e orientações ao paciente:

- Orientar ao paciente sobre a punção venosa periférica, tipo e manutenção do dispositivo, solicitando sua cooperação;
- Avaliar a rede venosa e o(s) local(is) de punção;
- Perguntar ao paciente sobre alergia de contato a antissépticos, látex e esparadrapo.
- Material utilizado:
- Bandeja ou cuba rim contendo;
- Luva de procedimento;
- Dispositivo para punção venosa (escalpe);
- Seringa com medicação ou infusão a ser administrada;

- 01 garrote;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Tesoura sem ponta, caso necessite aparo dos pelos;
- Fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos e preparar o material;
- Informar ao paciente o procedimento;
- Analisar as áreas com melhor visualização da rede venosa, priorizando o sentido distal/proximal, escolhendo o calibre do dispositivo compatível com o calibre da veia;
- Colocar a extensão do dispositivo na seringa ou no equipo e proceder a retirada do ar;
- Cortar o esparadrapo;
- Calçar as luvas;
- Expor a área onde será realizada a punção, fixando o garrote alguns 10 a 15 cm acima, a fim de produzir uma estase na rede venosa e permitir melhor visualização;
- Realizar a antissepsia do local em movimento retilíneo, utilizando algodão embebido em álcool 70%;
- Segurar o membro a ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder à função com o bisel voltado para cima, segurando nas aletas (15 a 30º) até a transfixação do vaso;
- Progredir o dispositivo lentamente, retirando o garrote, verificando o retorno venoso;
- Proceder a fixação, iniciando a infusão ou a administração do medicamento;
- Retirar as luvas;

- Identificar o acesso com data, calibre do dispositivo utilizado, assinatura ou rubrica;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Conferir e checar a prescrição médica;
- Anotar o procedimento realizado.

OBS.: Alguns estudos demonstram que a manutenção da terapia intravenosa, se faz pela observação diária do local da inserção, para redução dos riscos de flebite e infecções, e a rotatividade desses locais, com intervalos de 24 a 48h, segundo Bregenzeret al, 1998, destaca também o desconforto que novas punções proporcional ao paciente, prática que aumenta consideravelmente o custo da terapia intravenosa. Mas de acordo com Gonçalves et al. 1998, se for realizada uma manutenção adequada do dispositivo periférico, evitando obstrução, podem permanecer por 72h.

Riscos relacionados:

- Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do cateter;
- Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados de irrigação a cada 6 ou de 12h com 2 ml de água destilada, para evitar coagulo de sangue, proporcionando meio de cultura;
- Principais complicações locais e sistêmicas relacionadas ao dispositivo;

Locais:

- Oclusão: diminuição ou interrupção do fluxo;
- Hematoma;
- Infiltração: administração inadvertida de soluções ou medicamentos não vesicantes;
- Flebites: processo inflamatório da veia de causa química, mecânica ou bacteriana;
- Lesão de nervo;

- Extravasamento: administração inadvertida de soluções ou medicamentos vesicantes nos tecidos circundantes;

Sistêmicas:

- Infecção (Bacteriana Relacionada a Cateter);
- Embolia;
- Trombose.

Intervenções e Cuidados especiais:

- Avaliar periodicamente a permeabilidade do acesso, os sinais de hiperemia, edema e queixas de algia;
- A técnica sem utilização de seringa ou equipo acoplado não é recomendada, porque o fluxo sanguíneo poder não ser suficiente para retirada do ar, o que favorece a contaminação, visto que a tampa do extensor estará aberta;
- Não utilizar o dispositivo na administração de medicamento vesicantes;
- Administrar medicamentos em bolus e em push (lentamente) e sempre que possível escolher o membro não dominante;
- Realizar o registro com informações referentes ao procedimento de punção, veia escolhida, solução infundida, avaliação de fluxo e refluxo sanguíneo, avaliação das condições gerais do paciente e relato do curativo.

Classificação das Flebites:

- Grau 0 – Nenhum sintoma;
- Grau 1 – Vermelhidão no local afetado (com ou sem dor);
- Grau 2 – Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema);
- Grau 3 – Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema e cordão fibroso não palpável);
- Grau 4 – Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema e formação de cordão fibroso palpável).

SALINIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO – FLUSHING.

Definição:

É a prática de irrigação sob pressão positiva em períodos regulares dos dispositivos vasculares com solução salina. Tem como objetivos manter a permeabilidade, garantir a infusão de todo o medicamento que possa ter ficado no sistema, evitar o retorno sanguíneo, formação de coágulo sanguíneo e prevenir complicações decorrentes da incompatibilidade de medicamentos e soluções.

Indicações:

- Antes e após a cada administração de medicamentos;
- Após a administração de sangue e derivados;
- Quando converter de infusão contínua para intermitente;
- A cada 6 ou 12 horas com 2 ml de água destilada quando o dispositivo não for usado continuamente;
- Orientar ao paciente sobre o procedimento, solicitando sua cooperação.

Descrição do Procedimento Técnico:

- Realizar a higienização das mãos;
- Fazer a desinfecção da bandeja com algodão embebido em álcool a 70%;
- Separar o material necessário: seringa (10ml), agulha para aspiração (40x12 ou 25x8), almotolias de solução fisiológica a 0,9% de 10 ml, gaze umedecida com clorexidina alcoólica;
- Aspirar a solução fisiológica a 0,9% na seringa de 10 ml;
- Fazer a desinfecção da(s) via(s) com gaze umedecida com clorexidina alcoólica;
- Aspirar o dispositivo para confirmar o fluxo do cateter;
- Administrar um volume mínimo de ao menos 2 (duas) vezes o volume da capacidade do cateter (priming);
- Cada lúmen deverá ser lavado independente do uso;
- Fazer a desinfecção da via após o procedimento com gaze umedecida com clorexidina alcoólica;

- Fechar as vias com oclusores (tampinhas) estéreis;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Fazer a desinfecção terminal da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos.

Riscos Relacionados:

- Rompimento (fratura do cateter);
- Infiltração no tecido subjacente.

Intervenções e Cuidados especiais:

- Atentar para o volume final em 24h da solução de salinização para pacientes em restrição hídrica;
- Para prevenção de danos no dispositivo o tamanho da seringa usada deverá estar de acordo com as recomendações, pois seringas com menos de 10 ml podem facilmente gerar pressões capazes de romper o cateter;
- Aspirar o sangue com pressão no cateter, confirmar retorno de sangue para segurança da permeabilidade do dispositivo, antes de administrar medicamentos e soluções;
- Se encontrar resistência no dispositivo ou ausência de refluxo de sangue quando aspirado, o flushing não deverá ser realizado.

Registro de enfermagem:

Realizar o registro com informações referentes ao procedimento, volume de solução utilizada, avaliação de fluxo e refluxo sanguíneo, avaliação das condições gerais do paciente e relato do curativo.

Punção Arterial - Rotina: 022

Definição:

É o procedimento de punção intermitente à rede arterial do indivíduo utilizando-se a seringa conectada a uma agulha. É um procedimento geralmente realizado pelo médico ou enfermeira.

Indicação:

É utilizado para coleta de sangue, devendo se atentar para pacientes com distúrbios relacionados à coagulação sanguínea, gasometria e quando há impossibilidade de punção venosa.

Orientação ao paciente:

Comunicar ao cliente o procedimento com a finalidade de garantir a cooperação e reduzir a ansiedade.

Material necessário:

- 01 seringa 3 ml;
- 01 agulha 25x7;
- Pacote de gaze estéril;
- Clorexidina alcoólica a 0,5%;
- Luva de procedimentos;
- Bandeja previamente desinfetada com álcool 70%;
- Solução de heparina (caso seja para coleta de gasometria).

Descrição de Técnica:

- Comunicar ao cliente o procedimento;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- 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 antissepsia com gaze e clorexidina alcoólica a 0,5%, em movimento retilíneo;
- Introduzir a agulha em ângulo diferenciado para coletar o sangue (em ângulo de 30 a 45 grau se radial (figura 1) e 90 graus para femoral);
- Primeira Opção – Clorexidina alcoólica a 0,5%;
- Segunda Opção – Álcool 70%;
- Comprimir o local da punção com gaze por 3 a 5 min após a retirada da agulha para facilitar a hemostasia;
- Realizar curativo compressivo sobre o local de punção;
- Caso o material tenha que ser encaminhado na seringa (gasometria), utilizar a técnica do reencape da agulha com movimento único;
- Nas coletas para exame introduzir a agulha no látex do tubo de sangue;
- Encaminhar a bandeja para sala de utilidades;
- Desprezar o material em local adequado;
- Fazer limpeza da bandeja com água e sabão e desinfecção com álcool 70%;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Fazer o registro**.**

Riscos relacionados:

- Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do dispositivo;
- Risco de hematoma no local da punção, relacionado a não oservação do tempo de compressão no local da punção ou de distúrbio de coagulação do paciente;
- Risco de sangramento no local da punção (mesmos motivos acima);
- Lesão de nervo.

Intervenções e cuidados especiais

- Orientar o paciente a limitar a atividade física durante os primeiros 10 min., após a realização do procedimento;
- Manter o curativo compressivo durante 1 hora e retirá-lo após este tempo;
- Atentar para o calibre da agulha, uma vez que na coleta de sangue a agulha com menor calibre causa hemólise;
- Em caso de coleta de gasometria, aspire uma quantidade mínima de heparina com a seringa de 3 ml e devolva o conteúdo aspirado para o frasco, com o intuito de somente molhar a seringa, o que irá reter na seringa aproximadamente 0,4 ml (volumes maiores de heparina podem causar alterações no Ph da amostra;
- Manter o membro hiperestendido até cessar o sangramento.

Registro de Enfermagem:

Descrever o procedimento, local da punção, o motivo da realização e as observações.

Coleta de Sangue - Rotina: 023

Legenda:

- BIOQUÍMICA – utiliza-se soro ou plasma;
- HEMOGRAMA e GRUPO SANGUÍNEO – utiliza-se sangue total com EDTA;
- GLICEMIA – utiliza-se plasma com fluoreto;
- COAGULAÇÃO – utiliza-se plasma com citrato de sódio.

Técnica:

- Preparar os tubos próprios para coleta de sangue;
- Identificá-los devidamente, com as iniciais do nome, quarto-leito, tipo de exame e data;
- A técnica é a mesma da punção venosa;
- Realizar a aspiração de sangue para o interior da seringa;
- Coletar o sangue em volume necessário e colocar no tubo de coleta, já com os aditivos se for a indicação;

  - A "ordem de coleta" recomendada, segundo a NCCLS (NationalComittee for ClinicalLaboratory11 Standard), para uma microvenipunção, é a seguinte:

  - 1º Tubo contendo citrato, para coagulação;

  - 2º Tubo contendo heparina, para plasma;

  - 3º Tubo contendo EDTA-K3, para hematologia;

  - 4º Tubo contendo fluoreto de sódio, para glicemia;

  - 5º Tubo sem aditivo, para soro.

- Retirar a agulha do local da punção com movimento único e com algodão fazer compressão no local;
- Preencher os tubos que já estão preparados, deitando-os um pouco para que o sangue escorra na parede do tubo, lentamente para que não ocorra a hemólise;
- Homogeneizar o tubo para que o aditivo se misture ao sangue, com movimentos lentos;
- Fixar a etiqueta de identificação, fechar o tubo adequadamente e encaminhar para o laboratório envolvido em um saquinho plástico e dentro de uma caixa

térmica, juntamente com a solicitação médica e o pedido interno com a assinatura da enfermeira responsável.

Riscos Relacionados:

Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do cateter;

Principais complicações locais relacionadas ao dispositivo:

- Hematoma:
- Flevite: processo inflamatório da veia de causa química, mecânica ou bacteriana;
- Lesão de nervo;

Intervenções e cuidados especiais:

Não manter o membro garroteado por muito tempo, para prevenir estase e hemoconcentração.

Classificação das Flebites:

- Grau 0 – Nenhum sintoma;
- Grau 1 – Vermelhidão no local afetado (com ou sem dor);
- Grau 2 – Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema);
- Grau 3 – Dor no local afetado, com vermelhidão e/ou edema e cordão fibroso não palpável;
- Grau 4 – Dor no local afetado, com vermelhidão e/ou edema e formação de cordão fibroso palpável;
- Se o paciente tiver pele e veias frágeis, use pressão mínima do garrote, podendo colocar sobre a roupa para diminuir o trauma;
- A equipe não deve fazer mais de duas tentativas de punção;
- Evite veia em local de fácil impacto, pois há menos tecido de apoio subterrâneo;
- Para evitar flebite deve-se ter habilidade de inserção, avaliar a condição da veia, e quando administrar a medicação avaliar o seu pH;
- Não puncionarem membros com cateterismo, insuficiência venosa e mastectomia.

Registro de Enfermagem:

Descrever o local da punção, com data e hora, o motivo da realização e as

Punção e Fixação de Cateter Venoso Periférico – Abocath - Rotina: 024

Definição:

Procedimento técnico asséptico de acesso via cateter periférico, à rede venosa do indivíduo.

Indicação:

Ter uma veia de acesso segura para a equipe e para o paciente que permita a infusão de soroterapia, medicamentos e hemotransfusão, quando há necessidade de terapia intravenosa prolongada. Não é indicado como dispositivo para coleta de sangue. Recomendável para infusão de fluidos entre 5 e 9 e/ou osmolaridade menor de 600mOsm/L.

Especificação do Dispositivo:

- Cateter intravenoso radiopaco;
- Pode ser em poliuretano, teflon ou silicone;
- É necessário dispositivo de segurança (NR32);
- O tamanho pode variar do 14 ao 24G (Quadro 01);
- O manuseio não exige paramentação cirúrgica, mas exige técnica asséptica.

Código de cor Diâmetro externo Fluxo ml/min. Gauge mm:

Cor	**Nº**	**Calibre**
Amarelo	24	0,67 +/- 15
Azul	22	0,85 +/-38
Rosa	20	1,1 +/-59
Verde	18	1,3+/-88
Cinza	16	1,7 +/-184
Laranja	14	2,17 +/-282

Avaliação e orientações ao paciente:

- Orientar ao paciente sobre a punção venosa periférica, tipo e manutenção do dispositivo, solicitando sua cooperação;
- Avaliar a rede venosa e o(s) local(is) de punção;
- Perguntar ao paciente sobre alergia de contato a antissépticos, látex e esparadrapo.

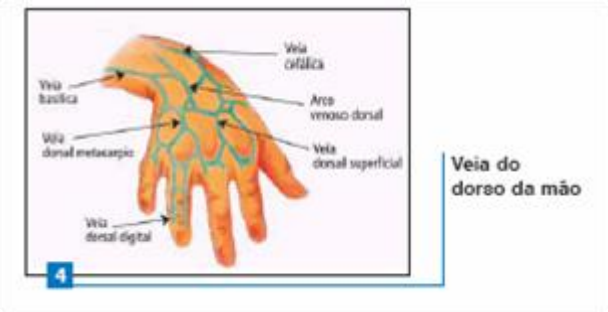
Materiais Necessários:

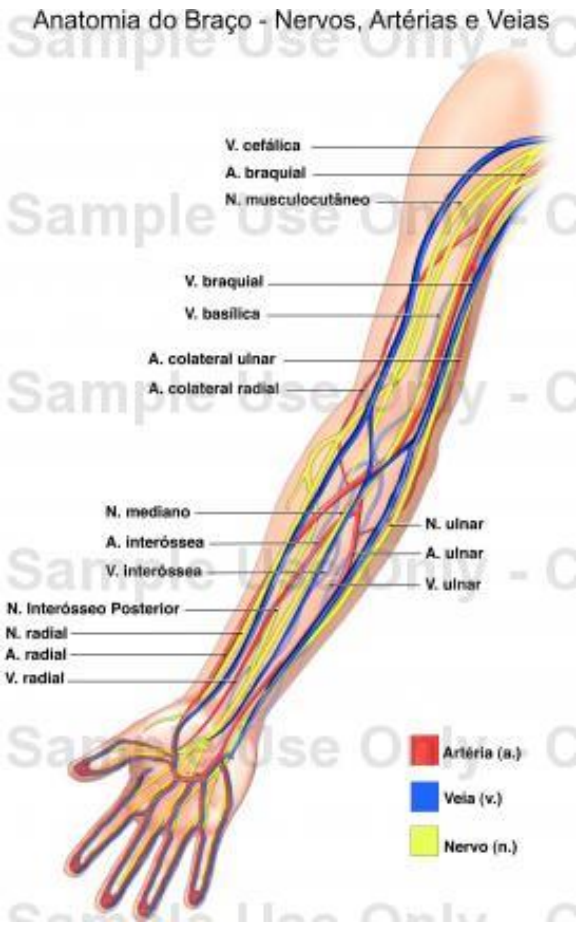
- EPI: luvas de procedimentos;
- Cuba rim ou bandeja retangular;
- Algodão (para antissepsia da pele);
- Dispositivo venoso: com o cuidado de escolher o dispositivo adequado, de acordo com a finalidade, volume, velocidade de infusão e viscosidade da droga, idade, conforto, mobilidade e a rede venosa do paciente;
- Garrote (desinfecção prévia com álcool 70%);
- Almotolia com álcool 70%;
- Sistema para fixação do dispositivo;
- Sistema de infusão (soro+equipo+conexão) previamente preenchido com técnica asséptica ou seringa com solução salina;
- Outros: Bomba de Infusão, tesoura sem ponta, foco de luz artificial;
- Papel toalha para proteção do lençol.

Locais preferenciais de punção:

- 1º Dorso das mãos;
- 2º Antebraços;
- 3º Braços.

Figura 01: veias do dorso da mão e do braço e antebraço.





Descrição da técnica:

- Posicionar o paciente no leito ou poltrona;
- Avaliar rede venosa do paciente para escolha do calibre do dispositivo;
- Lavar as mãos;
- Preparar a cuba com o material e encaminhar-se à unidade do paciente;

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o garrote de 10 a 15 cm do local eleito para a punção. Esta distância favorece o ingurgitamento das veias no local desejado, impedindo o escoamento do sangue por sistemas colaterais, e assim colaborando para o sucesso da punção;
- A punção deve ser realizada após a checagem de que todo o material está em perfeito estado;
- Sempre primeiro o membro não dominante;
- Realizar a antissepsia da pele com álcool;
- A antissepsia do sítio de punção deve ser realizada em movimentos retilíneos no sentido distal-proximal, também a partir do ponto em que ocorrerá a punção e posteriormente das áreas adjacentes;
- Permitir que o antisséptico seque sobre a pele;
- Não tocar na pele após a antissepsia;
- Aplique o torniquete/garrote;
- Fazer a tração da pele para estabilizar a veia;
- Posicionar o cateter com ângulo baixo (15 a 30 graus) em direção ao acesso e insira-o lentamente;
- Observar o retorno sanguíneo na câmara de refluxo ou através do espaço entre o mandril (agulha-guia) e o cateter e mantenha a tração da pele;
- Após a visualização do retorno sanguíneo, reduzir o ângulo para quase paralelo à pele;
- Avançar o conjunto (cateter e mandril) mais um pouco de forma a garantir que a ponta do mesmo se encontre dentro da veia;
- Deixar de fazer a tração na pele, estabilizar o canhão do cateter e retirar parcialmente o mandril deixando sua ponta ainda dentro da veia estabilizando o mandril usando-o como guia e avance o cateter;
- Soltar o garrote, fazer pressão digital perto da ponta do cateter de modo a diminuir o fluxo;

- Estabilizar o canhão e retire totalmente o mandril;
- Fazer as conexões necessárias e fixar o cateter;
- Coletar todo o material utilizado do quarto do paciente para evitar contaminação (acidente de trabalho);
- Descarte o mandril em um coletor próprio para perfurocortantes, e o restante do material em local apropriado.

Riscos relacionados:

Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do cateter.

Principais complicações relacionadas ao dispositivo:

Locais: Oclusão – diminuição ou interrupção do fluxo;

Hematoma: Infiltração – administração inadvertida de soluções ou medicamentos não vesicantes;

Flebite: processo inflamatório da veia de causa química, mecânica ou bacteriana;

Lesão de nervo;

Classificação das Flebites:

- Grau 0 – Nenhum sintoma;
- Grau 1 – Vermelhidão no local afetado (com ou sem dor);
- Grau 2 – Dor no local afetado (com vermelhidão e/ou edema);
- Grau 3 – Dor no local afetado com vermelhidão e/ou edema e cordão fibroso não palpável;
- Grau 4 – Dor no local afetado com vermelhidão e/ou edema e formação de cordão fibroso palpável;

Extravasamento: administração inadvertida de soluções ou medicamentos vesicantes no tecido circundante;

Sistêmicas:

- Infecção (Bacteremia Relacionada a Cateter);
- Embolia;
- Trombose.

Intervenções e Cuidados especiais:

- Realizar o teste gravitacional de refluxo (abaixar o frasco de soro para verificar o retorno do sangue para o equipo);
- Na fixação não ocluir a visualização do trajeto do dispositivo na veia do paciente;
- Identificar a punção com nome do profissional, data e número do cateter;
- Não descartar qualquer dispositivo utilizado no procedimento na área de cuidado ao paciente;
- Observar e registrar diariamente o aspecto externo do curativo;
- Valorizar as queixas do paciente;
- Realizar de rotina, a troca do dispositivo e dos equipos e conectores de infusão a cada 72h (ou 96h em caso de filme transparente) ou caso apresente sinais de flebite, infiltração ou extravasamento;
- A remoção do dispositivo deve ser feita de forma firme e contínua, seguida de aplicação de pressão local para evitar complicações como hematomas ou equimoses;
- Avaliar rotineiramente a necessidade de cateterização periférica e remover imediatamente qualquer que não for mais necessário;
- Fixar preferencialmente com curativos transparentes por permitirem fixação segura e inspeção visual contínua, permitem que o paciente tome banho de chuveiro além de exigirem mudanças menos frequentes dos curativos;

Tipos de Cobertura:

- Filme estéril transparente;
- Adesivo não estéril (não recomendado);
- Adesivo estéril (recomendado);
- Gazes estéreis e adesivas não estéreis (aceitável);

Registro de enfermagem:

- Realizar o registro com informações referentes ao procedimento de punção, veia escolhida, solução infundida, avaliação de fluxo e refluxo sanguíneo, avaliação das condições gerais do paciente e relato do curativo.

REMOÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Definição:

Retirada do cateter venoso periférico.

Indicações:

- Término da quantidade de infusão prescrita;
- Troca do acesso IV periférico;
- Troca do acesso IV periférico devido a comprometimento do equipo e/ou demais conexões, devido à contaminação, excesso de sangue ou hemoderivados;
- Reação pirogênica;
- Suspensão da terapia venosa;
- Presença de flebite, infiltração e/ou extravasamento do local de punção e/ou adjacências.

Orientações ao paciente:

- Orientar ao paciente sobre a retirada do dispositivo de punção venosa periférica, solicitando sua cooperação.

Descrição do material utilizado:

- Luvas de procedimento;
- Cuba rim ou bandeja;
- Fita ou esparadrapo;
- Algodão.

Descrição do procedimento:

- Checar a prescrição médica para interromper a IV, se for o caso;
- Checar a data de troca do acesso IV periférico;
- Checar o acesso venoso, equipo e anexos quanto à presença de resíduos de coágulos ou hemoderivados;
- Checar presença de flebite e/ou infiltração;
- Avaliar o aspecto da pele ao redor do curativo;

- Lavar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
- Pinçar o equipo e o extensor;
- Remover o curativo enquanto estabiliza o cateter;
- Com algodão, aplicar uma leve pressão e retirar o cateter;
- Elevar as extremidades;
- Aplicar pressão acima do local de inserção do cateter por 2 a 3 min. e observar a cessação do sangramento;
- Prender com esparadrapo;
- Descartar os itens usados em locais apropriados;
- Remover e descartar as luvas;
- Lavar as mãos; registrar o procedimento.

Riscos Relacionados:

- Dificuldade para encontrar outro acesso venoso;
- Derrame de líquido na pele enquanto o equipo e a agulha ou jelco são removidos;
- Exposição a HIV, vírus da Hepatite B e C e outras bactérias contidas no sangue durante a retirada do acesso;
- Alteração da integridade da pele relacionado a presença do dispositivo de fixação.

Intervenção e Cuidados especiais:

- Explicar o procedimento ao paciente reduz a ansiedade, o desconforto e facilita a colaboração do paciente;
- Estabilizar o cateter enquanto se retira a fita adesiva ou o esparadrapo evita a mobilização do cateter, o que pode causar desconforto;
- O movimento firme e delicado na retirada do cateter evita irritação à veia e permite que sua parede se contraia permitindo a interrupção do sangramento;
- Realizar inspeção da pele, pois pode ocorrer flebite ou abscesso pós-infusão dentro de 48 às 96h após a remoção do cateter.

Registro de Enfermagem:

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

Reanimação Cardiopulmonar (RCP) – Rotina: 025

1 – RCP – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Definição:

É a sequencia de procedimentos e técnicas destinadas a manter as vias aéreas permeáveis e circulação mínima.

Objetivos:

Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

Materiais necessários:

- Equipamento de proteção individual;
- Respirador manual (Ambu) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tabua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15/l min;
- Desfibrilador externo;
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento.

Descrição do procedimento:

- Reconhecer os sinais imediatos de parada cardiopulmonar (não responsivo, sem respiração com gasping e ausência de pulso);
- Solicitar ajuda;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida (a tábua colocar embaixo do paciente);
- Iniciar compressões torácicas de qualidade;
- Desobstruir vias aéreas e aplicar 2 ventilações com máscara e respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Instalar o DEA;

- Aplicar rapidamente o tratamento elétrico conforme indicação do DEA (repetir a cada 2 min.) ou 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações por meio do respirador manual com O2 a 15l/m;
- Reiniciar a reanimação cardiopulmonar com compressões imediatamente após cada choque prescrito.

Cuidados relacionados:

- A cada 2 minutos realizar uma nova análise do ritmo, em no máximo 10 segundos;
- Se em FV/TVSP: realizar desfibrilação;
- Se em assistolia retomar a RCP;
- Ritmo organizado;
- Checar o pulso, se ausente retomar a RCP;
- Se presente, realizar cuidado pós-ressuscitação;

Registro de enfermagem:

- Anotar em prontuário os procedimentos realizados, os medicamentos prescritos administrados, as condições do paciente, local de punção periférica e número do abocath utilizado.

2 – RCP COM AUXÍLIO DE EQUIPAMENTO

Definição:

Sequência de procedimentos e técnicas destinadas a manter ventilação e circulação com auxílio de equipamento.

Objetivo:

Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco;

Profissionais envolvidos:

Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem.

Materiais necessários:

- Equipamentos de proteção individual;
- Oxigênio a 100% a 15l/m;

- Carro de parada cardiorrespiratória para reanimação equipado com:
- Ambu com reservatório;
- Tubo orotraqueal: manter sempre duas unidades de cada tamanho do 2.0 ao 8.5;
- Material de intubação (cabo e lâmina de laringoscópio nº 2.0, 3.0, 4.0, 5.0 e guia);
- Material de aspiração (aspirador e sonda traqueal de aspiração nº 12 ou 14);
- Tabua para massagem cardíaca;
- Desfibrilador/monitor cardíaco e eletrodos;
- Gel condutor;
- Medicações (adrenalina, amiodarona, fentanil, soro fisiológico 0,9%);
- Seringas de 20 ml, 10 ml e 0,5ml;
- Equipo para soro;
- Agulhas (40x12 e 30x8);
- Luva estéril nº7.5, 8.0 ou 8.5;
- Luvas de procedimento;
- Cadarço para fixar o tubo;
- Scalp 19;
- Dispositivo intravenoso (jelco) nº 14, 16, 18 ou 20.

Descrição do procedimento:

- Reconhecer os sinais imediatos de parada cardiorrespiratória;
- Acionar a equipe;
- Desobstruir vias aéreas e fazer 30 compressões para 02 ventilações;
- Minimizar as interrupções nas compressões;
- Comprimir o tórax continuamente e com qualidade;
- Alternar a pessoa que aplica a massagem a cada 2 minutos;
- Ventilar com respirador manual (AMBU) com oxigênio 15l/m e reservatório;
- Após a entubação, oxigenar continuamente o paciente em ciclo de uma insuflada, conta até três e repete a manobra, sem parar com a massagem cardíaca;
- Realizar acesso venoso (cateter curto e calibroso);

- Realizar a monitorização cardíaca;
- Administrar as medicações prescritas;
- Analisar o ritmo cardíaco a cada 2 minutos e checar pulso a cada ciclo;
- Ligar e preparar a carga do desfibrilador;
- Aplicar rapidamente o choque elétrico se indicado pelo médico;
- Reiniciar a RCP com compressões imediatamente após cada choque prescrito;
- Realizar cuidados pós-parada cardiorrespiratória logo que retorne a circulação espontânea;
- Registrar os procedimentos no prontuário do paciente;
- Reorganizar a unidade do paciente;
- Repor carro de parada após reanimação.

Cuidados relacionados:

- A cada 2 minutos realizar uma nova análise do ritmo cardíaco, em no máximo 10 segundos;
- Se em FV/TVSP: Realizar desfibrilação;
- Se em assistolia, retornar RCP;
- Ritmo organizado;
- Checar o pulso, se ausente, retornar a RCP;
- Se presente, realizar os cuidados pós-ressuscitação.

Registro de enfermagem:

Anotar os procedimentos realizados, os medicamentos prescritos administrados, o estado geral do paciente e os cuidados gerais que foram e que deverão ser realizados com o mesmo.

Intubação oro/endotraqueal - Rotina: 026

Definição:

A utilização da ventilação mecânica está relacionada com a inabilidade dos pulmões em manter uma adequada oxigenação sanguínea, ou ainda em manter uma adequada remoção de dióxido de carbono. Para a ventilação mecânica, faz-se necessário a utilização de uma via aérea artificial, ou seja, a intubação traqueal que pode ser por via oral ou nasal. A intubação oroendotraqueal consiste na colocação de um tubo dentro da traqueia por via oral.

Materiais necessários:

- Laringoscópio (lâminas e cabo);
- Tubo oro endotraqueal;
- Fio guia;
- Xylocaína gel;
- Cadarço;
- Seringa 20 mL;
- Luvas de procedimento; 1 de 3
- Máscara e óculos;
- Reanimador manual (ambú);
- Fonte de oxigênio;
- Intermediário de silicone;
- Umidificador O2;
- Sonda de aspiração de calibre adequado;
- Frasco de aspiração (vidro coletor);
- Fonte de vácuo;
- Extensor ou intermediário de aspiração;
- Cânula orofaríngea (guedel);
- Ventilador mecânico, circuito e filtro.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos.
- Preparar material e ambiente.

- Paramentar-se adequadamente.
- Explicar ao paciente/família os benefícios e objetivos do procedimento.
- Testar o ambú e fonte de oxigênio.
- Montar, testar e calibrar o ventilador mecânico e colocá-lo em modo de espera. Testar a rede de vácuo e deixar sistema de aspiração para pronto uso.
- Assegurar ausência de próteses dentárias no paciente.
- Testar o laringoscópio (luz).
- Testar o balonete do tubo oro endotraqueal com a seringa e assegurar sua integridade.
- Lubrificar a ponta do balonete do tubo com xylocaína gel.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, cabeceira 0º, sem travesseiros.
- Manter assepsia durante todo o procedimento.
- Administrar os medicamentos solicitados pelo médico.
- Realizar a pré-oxigenação do paciente. Utilizar o guedel se necessário.
- Realizar extensão leve da cabeça.
- Colocar o fio guia no lúmen do tubo oro endotraqueal.
- Aguardar o médico realizar a laringoscopia: utilizar a lâmina do laringoscópio penetrando pelo lado direito da boca (lâmina curva (valécula) ou lâmina reta levanta epiglote). Rechaçar a língua para a esquerda e para cima no campo do médico. Realizar o tracionamento ântero-superior do laringoscópio.
- Apresentar o tubo para o médico. Realizar a tração da comissura labial direita e realizar a pressão do cricóide se necessário.
- Após a intubação imediatamente insuflar o balonete.
- Conectar o ambú e aguardar o médico realizar as confirmações (cinco pontos: epigástrico, bases e lóbus superiores; expansão torácica).
- Fixar o tubo com cadarço.
- Conectar o ventilador mecânico.
- Verificar sinais vitais, oximetria de pulso e pressão do cuff.

- Caso haja insucesso na tentativa de intubação, retornar para a pré-oxigenação. Recolher o material.
- Higienizar as mãos.
- Providenciar radiografia de tórax.
- Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências.

Riscos:

Intubação seletiva

Intubação esofágica

Broncoaspiração

Lesão de prega vocal

Sangramentos

Hipoxemia

Quebra de dentição

Laceração de mucosa

Extubação Prevenção de agravo:

Seguir procedimento técnico Tratamento da não conformidade:

Prever cricotireotomia ou traqueostomia caso persista o insucesso da intubação oro endotraqueal.

Se tubo seletivo (geralmente brônquio direito), tracionar.

Se intubação esofágica reiniciar o procedimento com novo tubo.

Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família

Observações/Recomendações complementares:

Sempre usar EPI.

Realizar os registros necessários após os procedimentos.

Manter o local em ordem.

Utilizar semi-fowler (30º) facilita a intubação em pacientes obesos e gestantes e evita broncoaspiração naqueles com jejum inferior a 6h.

Assegurar acesso venoso e instalar SF 09% 500 ml antes do procedimento, administrando as medicações solicitadas pelo médico nesta via. Geralmente pacientes pós intubação fazem hipotensão e necessitam de hidratação endovenosa inicialmente.

Manutenção de Vias Aéreas – Rotina: 027

1 – ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Definição:

É a aspiração das secreções existentes nas vias aéreas superiores e faríngeas, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo.

Objetivos:

- Retirar fluidos das vias aéreas dos clientes;
- Melhorar a respiração;
- Evitar broncoaspiração;
- Proporcionar uma ventilação eficaz.

Material utilizado:

- Luvas de procedimento;
- Sonda de aspiração, escolher o tamanho de acordo com o paciente e sua necessidade;
- Máscara descartável padrão;
- Aspirador;
- Frasco coletor;
- Extensão de silicone esterilizado para aspiração;
- Óculos protetor;
- Duas ampolas de água destilada.

Procedimento:

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Lavar as mãos;
- Checar o leito e o nome do cliente (em caso de internação);
- Identificar-se;
- Orientar o paciente ou o acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o paciente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;

- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Ligar o aspirador;
- Colocar óculos protetor e máscara;
- Calçar as luvas;
- Com a mão dominante segurar a face do cliente;
- Pinçar o intermediário de silicone de aspiração;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal e abrir quando estiver introduzida;
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
- Introduzir a sonda na cavidade oral, e retirar lentamente com movimentos circulares;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando a condição respiratória do cliente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
- Desligar o aspirador;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem;
- Desprezar o material utilizado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar as prescrições de enfermagem;
- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado;
- A frequência das aspirações e determinada pelo acúmulo das secreções.

Responsabilidade:

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Observações:

A aspiração traqueal de pacientes entubados e traqueostomizados e com sistema aberto, tem a finalidade de manter as vias aéreas livres e permeáveis,

garantindo uma ventilação e oxigenação adequada, a fim de prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente.

É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos e antes de introduzir alimentos por via oral. Normalmente no PS não será realizado esse tipo de aspiração, mas caso se faça necessário temos que estar treinados.

Em casos de aspiração de secreção na sala de emergência será seguida a mesma conduta de procedimento, porém será necessário um funcionário para realizar essa função até que o paciente seja estabilizado. Principalmente realizar aspiração na cavidade oral e no tubo endotraqueal, para garantir uma ventilação adequada às necessidades do paciente.

2 – OXIGENOTERAPIA

Definição:

É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia. Como outras drogas, na oxigenoterapia também existem especificações para o tratamento, níveis da dosagem e métodos adequados de fornecimento. São utilizados diferentes dispositivos de liberação de oxigênio, de acordo com a indicação terapêutica de cada paciente. São os seguintes dispositivos: sistema de baixo fluxo (cateter nasal, cateter tipo óculos) e sistema de alto fluxo (máscara facial e tenda de aerossol).

Objetivo:

Administrar oxigênio por meio de cateter nasal ou outro dispositivo.

Material utilizado:

- Cateter nasal;
- Esparadrapo ou micropore;
- Gazes;
- Extensor intermediário;
- Oxigênio canalizado;

- Frasco umidificador;
- Fluxômetro regulador de volume de oxigênio;
- Água destilada;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada 30 a 40);
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo 2/3 da sua capacidade;
- Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxometro e o extensor intermediário ao umidificador;
- Adaptar o cateter nasal ao extensor intermediário sem retirá-lo totalmente da embalagem e testar o sistema para observar e corrigir escapes de oxigênio;
- Remover a oleosidade da pele com gaze e álcool 70%, no local da fixação do esparadrapo, facilitando a aderência;
- Medir a distância do cateter entre a asa do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo, para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- Colocar luvas de procedimento;
- Limpar as narinas caso necessário;
- Lubrificar o cateter com água ou gel lubrificante;
- Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente;
- Fixar o cateter na parte externa do nariz ou face com esparadrapo ou micropore;
- Ligar o fluxômetro, conforme fluxo prescrito;
- Orientar ao paciente para respirar com a boca fechada, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado;
- Deixar a unidade arrumada e o paciente confortável;
- Retirar as luvas de procedimento;

- Lavar as mãos;
- Anotar no plano terapêutico o procedimento.

Com máscara facial:

- Kit de Venturi, água destilada estéril, rede de O2 com fluxômetro, umidificador com água;
- Escolher a máscara de acordo com o tamanho do paciente, de modo que cubra a boca e nariz;
- Adaptar a máscara a extensão de borracha ligada ao umidificador;
- Ajustar o fluxo de oxigênio de acordo com a indicação;
- Orientar o paciente ou acompanhante sobre o procedimento realizado;
- Ajustar a mascara a face do paciente, observando suas reações;
- Observar as condições da pele no local onde a mascara esta em contato;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento realizado.

Observações:

- Não administra-lo sem o redutor de pressão e o fluxômetro;
- Colocar umidificador com água destilada ou esterilizada até o nível indicado;
- Controlar a quantidade de litros por minuto;
- Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento;
- Oferecer apoio psicológico ao paciente;
- Trocar diariamente a cânula, os umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos a umidade;
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador;
- Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia ao paciente ou acompanhante;
- Manter vias aéreas desobstruídas.

Responsabilidade:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Intoxicações Exógenas – Rotina: 028

Definição:

É o resultado da contaminação de um ser vivo por um produto químico, excluindo reações imunológicas tais como alergias e infecções. Para que haja a ocorrência do envenenamento são necessários três fatores: substância, vítima em potencial e situação desfavorável.

Procedimento indicado:

Estabilização clínica;

Tratamento específico: reconhecimento da síndrome tóxica;

Descontaminação cutânea, ocular (se for o caso);

Lavagem gástrica: para intoxicações potencialmente graves, útil quando realizada até no máximo 2 horas da ingestão;

Sondagem nasogástrica, cujo objetivo é drenar líquidos intra-gástrico, no caso de intoxicação exógena o conteúdo ingerido precisa ser removido rapidamente para evitar sequelas graves no paciente ou até mesmo o óbito.

O carvão ativado ou qualquer outro tipo de medicação só será administrado caso haja prescrição médica.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Materiais:

- Sonda nasogástrica de grosso calibre;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Micropore;
- Gazes;
- Soro fisiológico;
- Equipo;
- Xilocaína gel.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeceira elevada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e uso de próteses dentárias;
- Higienizar a narina com soro fisiológico quando necessário;
- Medir a sonda a partir da narina, estendendo até o lóbulo da orelha e descendo em diagonal até o apêndice xifoide, acrescentando a medida de dois dedos;
- Realizar a marcação ideal na sonda com micropore;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível solicitar ao paciente que faça o movimento de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando o movimento de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;
- Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do paciente;
- Injetar ar com uma seringa de 20 ml e auscultar concomitantemente o epigástrico do paciente;
- Aspirar o conteúdo gástrico;
- Administrar volumes fracionados de soro fisiológico conforme prescrição médica, permitindo retorno até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Drenar o volume infundido em sistema de drenagem;
- Aspirar o volume ou ordenhar a sonda se necessário;
- Retirar a sonda e recolher o material;
- Higienizar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;

- Realizar anotações de enfermagem pertinentes à passagem da sonda, volume e aspecto do líquido drenado em prontuário.

Cuidados relacionados:

- Tentar minimizar os riscos de pneumonia aspirativa, laringoespasmo e lesões traumáticas da orofaringe, esôfago e estômago, desequilíbrio hídrico e desequilíbrio eletrolítico.

Reponsabilidade:

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.

Anotações de Enfermagem:

Anotar o estado geral do paciente, o que foi referido por ele se consciente, os procedimentos realizados, medicações administradas conforme prescrição médica, e cuidados gerais.

Realizar notificação por intoxicação exógena e violência interpessoal/autoprovocada (se for o caso).

Notificações compulsórias – Rotina: 029

Definição:

As notificações compulsórias têm como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospital, com o compromisso de realizar notificações qualitativas sobre eventos diversos com intuito de garantir uma maior segurança para pacientes e profissionais de saúde.

Objetivos:

- Notificação de doenças e agravos;
- Busca ativa;
- Participação em investigação de surtos;
- Consolidação, em análise e divulgação de informação;
- Monitoramento;
- Retroalimentação do sistema de informações e epidemiologia.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Materiais:

Ficha de notificação do SINAN.

Descrição do procedimento:

- Preencher a ficha de notificação;
- Separar e arquivar na pasta de notificação para que o funcionário da mesma venha pegar ou encaminha a ficha de notificação devidamente preenchida ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- Nos casos de notificações imediatas deverá comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica para que as medidas sejam tomadas;
- A notificação deve ser feita quando da suspeita da doença, não é necessário aguardar a confirmação para notificar ou conforme orientações da vigilância;
- Os agravos de notificação serão retirados semanalmente pela vigilância epidemiológica.

Observação:

A definição de casos, o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para notificação estão definidos nas normas do Centro de Vigilância Epidemiológica, em consonância com as Secretarias de Vigilância em Saúde.

Lista de notificação obrigatória

1. Acidente de trabalho:
    - com exposição a material biológico;
    - grave, fatal e em crianças e adolescentes;
2. Acidente por animal peçonhento;
3. Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva;
4. Botulismo;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue:
    - Casos;
    - Óbitos;
8. Difteria;
9. Doença de Chagas Aguda;
10. Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ);
11. Doença Invasiva por:
    - Haemophilus Influenza;
    - Doença Meningocócica;
12. Doenças com suspeita de disseminação intencional:
    - Antraz pneumônico;
    - Tularemia;
    - Varíola;
13. Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:
    - Arenavírus;
    - Ebola;

- Marburg;
- Lassa;
- Febre purpúrica brasileira;
- a)Doença aguda pelo vírus Zika; b)doença aguda pelo vírus Zika em gestante; c)Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika.

14. Esquistossomose;
15. Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública *(situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem comolepizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes);*
16. Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação;
17. Febre Amarela;
18. Febre de Chikungunya;
19. Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública;
20. Febre Maculosa e outras Riquetisioses;
21. Febre Tifoide;
22. Hanseníase;
23. Hantavirose;
24. Hepatites virais;
25. HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
26. Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV;
27. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
28. Influenza humana produzida por novo subtipo viral;

29. Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
30. Leishmaniose Tegumentar Americana;
31. Leishmaniose Visceral;
32. Leptospirose;
33. Malária:
    - na região Amazônica;
    - na região extra Amazônica;
34. Óbito:
    - Infantil;
    - Materno;
35. Poliomielite por poliovirus selvagem;
36. Peste;
37. Raiva humana;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Doenças Exantemáticas:
    - Sarampo;
    - Rubéola;
40. Sífilis:
    - Adquirida;
    - Congênita;
    - Em gestante;
41. Síndrome da Paralisia Flácida Aguda;
42. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus:
    - SARS-CoV;
    - MERS-CoV;
43. Tétano:
    - Acidental;
    - Neonatal;

44. Tuberculose;
45. Varicela - Caso grave internado ou óbito;
46. Violência:
    - Violência doméstica e/ou outras violências;
    - Violência sexual e tentativa de suicídio.

Doenças e agravos de notificação imediata

1. Caso suspeito ou confirmado de:
    - Botulismo;
    - Carbúnculo ou Antraz;
    - Cólera;
    - Febre amarela;
    - Febre do Nilo Ocidental;
    - Hantaviroses;
    - Influenza Humana (Gripe) por novo subtipo (pandêmico);
    - Poliomielite;
    - Paralisia Flácida Aguda;
    - Raiva Humana;
    - Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;
    - Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda;
    - Síndrome Respiratória Aguda Grave;
    - Varíola;
    - Tularemia;
2. Caso confirmado de:
    - Tétano Neonatal;
3. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:
    - Agravos inusitados;

- Difteria;
- Doença de Chagas Aguda;
- Doença Meningocócica;
- Influenza Humana (Gripe);

4. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:
   - Epizootias em primatas não humanos;
   - Outras epizootias de importância epidemiológica.

Transferências -Rotina: 030

1-1. Internação Clínica

Definição:

Quando os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período maior de 24 horas, necessita ser transferido para internamento clínico – Santa Casa de Misericórdia de Cambará.

Objetivos:

Permanecer no hospital sob supervisão médica e de enfermagem para fins diagnóstico, terapêuticos e tratamento de comorbidades clínicas.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem e Recepção.

Materiais:

- Prontuários;
- Livros de intercorrências;
- Caneta.

Descrição do procedimento:

- A equipe médica solicita a transferência entre as unidades de internação;
- A enfermeira realiza uma solicitação de transferência por telefone para a enfermeira Santa Casa de Misericórdia, o qual se informa sobre o médico disponível para internamento, e a disponibilidade de leito;
- O médico da unidade entra em contato com o médico da Santa Casa de Misericórdia, passando o quadro clínico do paciente para então o médico aceitar ou rejeitar o internamento;
- Em casos de internação clínica o diagnóstico é passado de médico para médico, dessa maneira orienta a conduta a ser tomada, caso for aceitar a internação a enfermeira da unidade entra em contato com a enfermeira responsável da Santa Casa de Misericórdia passando as informações cadastrais e o quadro clínico do paciente;

- A equipe de enfermagem providenciará a documentação com cópia do prontuário e exames realizados e acompanhará o paciente para o local.

Aceitando o internamento:

- A equipe de enfermagem informa o paciente ou os familiares sobre a transferência e os orientam quanto os cuidados a serem tomados;
- Recolhe os pertences do paciente, incluindo uma orientação por escrito que dará continuidade a sua assistência, além de efetuar o registro no livro de intercorrências;
- O paciente é transportado em cadeira de rodas ou maca, conforme condições e necessidades;
- A unidade de internação realiza a transferência acomodando o paciente no leito vago e verifica se o prontuário e demais documentos, foram transferidos corretamente;
- O prontuário a ser encaminhado: todo paciente clinico deve ser encaminhado com prescrição, todos os papéis que houver anotação da equipe do PS não pode ser encaminhados o original, somente o original se for prescrição nova e os exames, nunca se esquecer de deixar uma cópia no PS, anexar uma cópia de todo o restante do prontuário para ser encaminhado junto;
- Arquivar o prontuário do paciente na pasta do dia.

Rejeitando o internamento:

O paciente permanece no Pronto Socorro, aguardando a liberação de leito ou acionando a Central de Leitos para transferência em outro Município, segundo a necessidade do paciente.

Cuidados relacionados:

Compete à equipe médica solicitar a transferência do paciente para a unidade de internação específica.

1.2- Fluxo de TransferênciaS

Considerando a realidade, em que muitos pacientes iniciam o período de internação na unidade de emergência, às vezes permanecendo internados por vários dias, as unidades de emergência também devem realizar censos hospitalares.

1.3- Transferência - SAMU

Definição:

O processo de transferência via SAMU, traz benefícios à população como também favorece a organização da gestão da rede assistencial da saúde, a população é beneficiada na medida em que o acesso é proporcionado de forma ordenada quando garantido o atendimento ao usuário em tempo oportuno a sua necessidade.

Objetivos:

- A transferência do Pronto Socorro via SAMU tem por objetivo sistematizar os procedimentos de transferência do usuário para outras unidades de saúde;
- Dar maior agilidade a transferências em risco eminente de morte ou comorbidades que não podem aguardar regulação via Central de Leitos.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Recepção.

Descrição do procedimento:

- O usuário da entrada no PS é avaliado pela equipe clínica local, após o atendimento adequado, caso haja necessidade de transferência para uma unidade com maiores recursos (Alta Complexidade), o médico deverá estabilizar o paciente clinicamente e referenciar o caso;
- O médico deve acionar o SAMU, solicitando transferência através de telefone associado ao envio de fax se necessário;
- Aguarda-se então a regulação e liberação de ambulâncias pelo médico regulador do SAMU;
- Após a liberação deve-se preparar o paciente para transferência;

- Puncionando dois acessos de grosso calibre e sondagem vesical (SVD), principalmente se o paciente for para um centro longe, se for transferido na região não será tão necessário, somente se estiver prescrito ou caso necessário;
- Preparar o prontuário do paciente (procedimentos e medicações realizadas) e anexar os exames realizados no Pronto Socorro. Encaminhando uma cópia do prontuário e exames originais e permanecendo o prontuário original e cópia dos exames.

Cuidados relacionados:

- O médico regulador só aceitará o paciente se tiver garantia que o médico plantonista estabilizou o paciente;
- Após a vaga gerada não será necessário confirmar vaga com a unidade de referência. Deve-se enviar a ambulância adequada (equipá-la com medicação, materiais de oxigenoterapia de suporte básico e avançado caso ocorra uma emergência) para o caso, efetuando assim o transporte do usuário com segurança;
- Caso o paciente não tenha condições de ser encaminhado com ambulância do Município, solicitar o transporte do SAMU e não somente a vaga.

1.4- Solicitação de transferência – Via central de leitos

Definição:

É a busca por um leito hospitalar para o usuário SUS, quando sua patologia exigir especialidades em regime de urgência (alta complexidade), as quais não possuímos no município, para que o paciente seja atendido adequadamente e resolvido o sua patologia, a busca é realizada em todos os hospitais de referencias no Estado do Paraná. A vaga é liberada para o hospital que possuir leito e a determinada especialidade.

Objetivos:

- Dar tratamento adequado ao paciente;
- Agilizar a consulta e inicio do tratamento ao mesmo;

- Internar paciente para tratamento, quando o caso não puder ser solucionado na cidade e nem de responsabilidade do SAMU.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros.

Descrição do procedimento:

- O fluxo sistêmico referente à regulação inicia-se com o cadastro do paciente contendo todos os seus dados na Central de Leitos via online, contem plano HD, descrição resumida do caso, especialidade solicitada, tipo de vaga (clínico, clínico-cirúrgico, etc.) médico solicitante e seu CRM;
- Após a recepção de dados da Central de Leitos, avalia a necessidade de mais exames ou de mais especificações/informações, irão perguntar e também responderemos online no próprio cadastro do paciente, em alguns casos por telefone;
- A Central de Leitos encaminha uma solicitação para todos os hospitais de referencia, entra em contanto para ver se há vaga (toda a comunicação entre nós e eles fica arquivada no cadastro do paciente);
- Quando há, direciona o hospital para onde o paciente deve ser transferido;
- A origem prepara o paciente: documentação, prontuário, comunicação ativa, guia de transferência e transporte para que possa ser conduzido à vaga gerada no referido.

Cuidados relacionados:

- Preencher todos os campos do cadastro;
- Oferecer a maior quantidade de informações sobre o quadro clínico do paciente, exames, estado geral, sinais vitais;
- Alimentar o sistema para que a Central de Leitos esteja sempre com os dados do paciente o mais recente possível.

Admissão de Pacientes Via Samu – Básico, Econort e Defesa Civil – Rotina: 031

Definição:

Todas as equipes deverão se comunicar previamente através de ligação telefônica a unidade recebedora (Pronto Socorro), a equipe descerá a vítima pelo portão de emergência, na própria maca da ambulância e o levará até a sala de emergência (nos casos necessários), observando variações do estado clínico do mesmo durante esse breve transporte, e passar para a equipe que receber, os quais estarão prontamente para atender o caso.

O médico de plantão deverá receber todas as informações pertinentes a respeito do paciente.

Informações indispensáveis na entrega do paciente na Unidade de Emergência:

- Tempo provável da ocorrência;
- Cinemática do trauma;
- SSVV, quadro clínico no local;
- Intercorrências e procedimentos realizados durante o transporte;
- Elementos de identificação pessoal da vítima.

Obs.: Documentar em livro de ocorrências quaisquer situações de constrangimento ou risco à vida do cliente ou equipe que receber a vítima e informar a regulação médica.

Recebido o caso, quando possível devolver todo o material ao enfermeiro ou técnico responsável (maca e demais materiais não descartáveis que acompanham a vítima), quando não puder ser entregue brevemente, deve-se assinar o formulário do serviço responsável pelo material. Use a experiência profissional ao discernir o que pode e o que deve ser retirado sem prejuízo ao paciente.

Limpeza e Desinfecção das Almotolias – Rotina: 032

Definição:

Realizar desinfecção, preparar e abastecer as almotolias uma vez por semana ou quando necessário.

Objetivo:

- Padronização correta para o preparo do material;
- Diminuir o risco de contaminação.

Material necessário:

- Almotolias;
- Caneta;
- Etiqueta adesiva;
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): gorro, óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha e calçado fechado;
- Esponja macia não abrasiva ou escova de limpeza;
- Água e detergente;
- Campos de tecido limpos e secos;
- Vasilha com tampa;
- Solução de ácido peracético a 0,2%;
- Produto a ser utilizado.

Procedimento:

- Higienizar as mãos conforme procedimento operacional;
- Vestir EPI conforme indicação;
- Esvaziar as almotolias, desprezando a solução em pia;
- Lavar externamente o frasco e a tampa com esponja macia, água e sabão;
- Lavar internamente com escova própria de limpeza, água e sabão, desprezando a solução através da ponteira;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar as almotolias para secar em campo limpo e seco;

- Imergir as almotolias completamente secas em solução de ácido peracético conforme procedimento operacional;
- Retirar as almotolias da solução de ácido peracético e enxaguar rigorosamente;
- Colocar as almotolias para secar em campo limpo e seco;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Acondicionar em local limpo e seco e em recipiente com tampa devidamente identificado com a data da desinfecção e nome do responsável;
- Realizar o processo de limpeza e desinfecção a cada 7 dias, ou antes se necessário;
- Manter as almotolias com as soluções datadas e identificadas;
- Evitar desperdícios, preenchendo as almotolias com quantidade estimada para 07 dias;
- Não reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia;
- Proceder a identificação nas almotolias com nome da solução, data de abastecimento e nome do responsável.

Observação: Manter um kit de almotolias vazias e devidamente embaladas, para facilitar o preenchimento e atender a demanda sem prejudicar a rotina dos funcionários.

Elaboração de Documentos Oficiais – Comunicação Interna - Rotina: 033

Definição:

Comunicação Interna (CI) é o instrumento de comunicação oficial para assuntos internos entre chefias de uma mesma unidade administrativa. Sua característica principal é a agilidade, concisão e clareza.

Objetivos:

- Encaminhar documentos;
- Transmitir informações;
- Fazer solicitações e outros assuntos.

Profissionais envolvidos:

Supervisão de Setor, Coordenadores, Assessoria, Direção de Enfermagem, Secretários, Agentes administrativos e funcionários em geral.

Elementos que compõem uma CI:

- Timbre e cabeçalho padrão da instituição;
- Data por extenso à direita da página;
- Destinatário, precedido da preposição para identificar pelo cargo e não pelo nome;
- Remetente, precedido da preposição para identificar pelo cargo e não pelo nome.

Assunto:

- Resumo do teor do documento;
- Texto paragrafado, explanando o assunto da CI;
- Fecho de cortesia, com o advérbio “Atenciosamente” para autoridades da mesma hierarquia ou de hierarquia inferior e “Respeitosamente” para autoridades superiores;
- Assinatura: centralizada com nome e cargo da autoridade ou chefia que subscreve a CI.

Formatação:

- Tamanho do papel: A4;

- Espaçamento entre linhas simples ou 1,5;
- Margem lateral esquerda: no mínimo 3,0cm de largura;
- Margem lateral direita: 1,5cm
- Margens superior e inferior: 2cm;
- Fonte: Arial/Times número 12, cor preta no texto em geral e 10 nas notas de rodapé, se necessário, utilizar impressão colorida para gráficos e ilustrações;
- Numeração das páginas: obrigatória a partir da segunda.

Observações:

- Cada setor deverá ter controle da numeração das suas CIs, deverá receber numeração do Órgão Emissor, em série crescente a cada ano;
- Não deixar a assinatura em página isolada da CI, transferir para a página seguinte parte do texto juntamente com o fecho e a assinatura;
- As cópias sem assinatura perdem o valor legal;
- Nos casos em que existir um mesmo cargo para vários ocupantes é necessário identificar o destinatário e/ou o remetente através de vocativo composto pelo cargo e pelo nome da pessoa em questão;
- Siglas devem vir precedidas de respectivo significado em sua primeira ocorrência no texto;
- Quando um documento estiver respondendo à solicitação de um outro documento, fazer referência à espécie, ao número e à data ao qual este se refere;
- A referência ao ano do documento deverá ser feita após a espécie e número do expediente, seguido de sigla do órgão que o expede;
- O assunto que motivou a comunicação deve ser introduzido no primeiro parágrafo, seguido do detalhamento e conclusão. Se contiver mais de uma ideia deve-se tratar dos diferentes assuntos em parágrafos distintos.

Programação de Férias aos Profissionais Lotados no Pronto Socorro/Hospital Municipal - Rotina: 034

Definição:

Consiste na elaboração de critérios que visam facilitar a organização do planejamento de férias dos profissionais lotados na Divisão de Enfermagem considerando os meses “nobres” como janeiro, fevereiro, julho e dezembro.

Objetivos:

- Assegurar a continuidade, o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem e a qualidade assistencial;
- Garantir a imparcialidade no processo;
- Motivar e valorizar o profissional.

Critérios:

- O agendamento deverá ser realizado anualmente junto à Chefia imediata e direção da Unidade;
- O número total dos profissionais do setor deve ser distribuído de forma igualitária dentro dos 12 (doze) meses do ano;
- O agendamento deverá contemplar todas as modalidades/necessidade de saída (férias, licença gestação e licença especial) de modo a garantir, em escala, o quantitativo de profissionais adequado à manutenção da qualidade da assistência;
- O agendamento das férias e licença especial da Chefia do Setor não deverá coincidir com as dos enfermeiros líderes;
- Deverá ser observada a ordem de prioridade para o agendamento das saídas: 1º - férias e 2º - licença especial;
- O agendamento de férias deverá ser feito em parceria e compartilhado com todos os Setores que compõem o Serviço, sob a coordenação do Chefe de Serviço a fim de garantir o equilibro na distribuição dos profissionais e se necessário redimensionar a equipe;

- Critérios de desempate caso haja dois ou mais profissionais da mesma categoria solicitando férias para o mesmo mês:

1. Deverá ter prioridade, a profissional que entrar em licença gestação e que desejar agendar as suas férias para o mês seguinte ao término da licença;
2. Observação dos meses em que foram agendados os 03 (três) últimos períodos de férias, deverá ter prioridade o que não tirou no mês solicitado;
3. Assiduidade e pontualidade. Prioridade para o profissional com nenhuma falta não justificada (FN), com o menos número de licenças e com impontualidade no período de 01 (um) ano anterior ao mês do agendamento das férias;
4. Data de admissão: Prioridade ao profissional com maior tempo de trabalho na Instituição;
5. Sorteio.

Observações:

- Quando o período de férias programadas coincidir, parcial ou totalmente, com o período de licença ou afastamento, as férias do período correspondente serão reprogramadas;
- O servidor licenciado ou afastado fará jus às férias relativas ao exercício em que retornar;
- O servidor não poderá ter as férias interrompidas devido à licença médica;
- Situações específicas poderão ser avaliadas junto à Chefia da Unidade;
- O parcelamento de férias deverá seguir os critérios e autorização da chefia imediata mediante necessidades do serviço;
- Todas as decisões serão tomadas de acordo com as leis do Município juntamente com o RH.

Definição:

Arquivo é toda coleção de documentos conservados, visando sua utilidade que poderão oferecer futuramente, os arquivos organizam seu universo documental com o objetivo de transmitir a informação para quem é de interesse, sendo que os prontuários médicos devem ser arquivados por cinco anos e o paciente ou responsável que se consultou dentro desses cinco anos pode solicitar uma cópia se necessário.

Objetivos:

Guardar e preservar o prontuário médico (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar.

Profissionais envolvidos:

Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e profissional responsável por arquivar os prontuários.

Materiais necessários:

- Envelopes para arquivamento diário;
- Caixas para arquivamento mensal;
- Sala para arquivamento das caixas por ordem mensal e anual.

Descrição do procedimento:

- Todos os dias ao final do plantão todos os prontuários devem ser arquivados em envelopes e levados para caixa mensal, para posteriormente serem levados para a sala de arquivo;
- Os profissionais do plantão serão responsáveis por verificar todas as salas para ver se há prontuários do dia, antes de entregar o plantão;
- Separar os prontuários de acidentes de trânsito, notificações do SINAN e transferências fora do município (vagas geradas pelo SAMU e Central de Leitos);

- Esses prontuários serão arquivados por somente 5 anos, após isso serão incinerados.

Cuidados relacionados:

- Mantê-los em local seco e arejado;
- Manter sempre a ordem cronológica dos mesmos;
- Evitar misturar prontuários de datas diferentes;
- Manter o local limpo para evitar infestação de pragas;
- Jamais permitir que terceiros tenham acesso aos prontuários.

Definição:

É a entrega de uma cópia de prontuário ao paciente ou responsável legal.

Objetivo:

Não correr riscos de entregar a cópia do prontuário para pessoas oportunistas ou mal intencionadas.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros, recepção e responsável pelo arquivo.

Descrição do procedimento:

- Após uma solicitação devidamente digitada com nome, CPF, data do atendimento, telefone do interessado e descrição breve do ocorrido e motivo pelo qual necessita da cópia e assinatura do responsável/paciente, entregar esse documento ao supervisor imediato;
- Orientar o interessado que há um período de duas semanas para procurar;
- Passar o documento ao responsável geral da unidade;
- Verificar se o documento é verídico;
- Solicitar que a procura seja realizada;
- Depois de encontrado, tirar uma cópia, anexar a solicitação/documento à ficha original e arquivar novamente;
- A cópia em um envelope contendo o nome e o telefone do referido, deve ser entregue para a recepção para que essa faça o contato com o interessado;
- A pessoa que for buscá-la assinar uma planilha de controle na entrega da cópia.

Cuidados com o corpo pós-morte: preparo e encaminhamento – Rotina: 037

Objetivo:

- Manter o corpo limpo e identificado.
- Evitar a saída de odores e secreções.
- Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

Material:

- Equipamentos de Proteção Individual (máscara cirúrgica, óculos protetor, avental e luvas de procedimento)
- Bandeja
- Biombo
- Algodão e/ou gaze não esterilizada
- Tesoura
- Fita Crepe
- Atadura
- Lençol
- Fita adesiva ou esparadrapo com identificação do usuário (nome completo e Hygia) ou pulseira de identificação
- Hamper
- Maca

Procedimento:

- Médico constata o óbito;
- Médico e/ou enfermeiro comunica o óbito para a família, solicita documento de identificação com foto do usuário e orienta os familiares a providenciar a funerária;
- Médico preenche a D.O (morte natural) ou comunica o Instituto Médico Legal - IML (morte violenta e/ou acidental) em três vias, devendo uma ser entregue à família ou funerária e as outras duas vias devem permanecer na unidade.

Preparo do corpo

Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

Colocar EPI;

Reunir o material;

Desligar todos os equipamentos após constatação escrita do óbito pelo médico responsável;

Identificar o usuário;

Oferecer ao acompanhante a opção de ver o corpo e despedir-se do usuário;

Posicionar o corpo em decúbito dorsal;

Retirar sondas, cateteres, drenos, dispositivos agulhados, traqueostomia (caso necessário);

Proceder à higiene do corpo, quando necessário;

Realizar curativos oclusivos externos nos locais necessários;

Manter o corpo em decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;

Fixar mandíbula com faixa crepe, amarrando-a no alto da cabeça;

Unir as mãos do cadáver, mantendo-as unidas pelos punhos, com faixa crepe sobre a parte superior do abdome, na altura da cintura;

Juntar os pés, mantendo-os unidos pelos tornozelos com faixa crepe;

Proceder à identificação fixando-a no corpo do usuário.

Envolver o corpo do usuário com lençol, cobrindo-o completamente e fechando com a fita crepe;

Fixar a etiqueta de identificação do cadáver, por fora do corpo, sobre o lençol, devidamente preenchida, com fita adesiva tipo crepe, entre os joelhos e os pés do cadáver;

Encaminhar o corpo para local apropriado;

Entregar os pertences do usuário ao acompanhante;

Providenciar a limpeza e desinfecção do local conforme procedimento operacional da Divisão de Enfermagem.

Atestado de Óbito (DO) - Rotina: 038

Definição:

As informações sobre mortalidade são importantes para estudos epidemiológicos e demográficos da população de um país, bem como para o planejamento e gestão de políticas e ações em saúde, tornando imprescindível que sejam fidedignas, tempestivas e acessíveis.

Objetivos:

É muito importante para coleta de dados de mortalidade no Brasil, e estudos que possam contribuir para a consistência das informações sobre mortalidade no País.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros e Médicos.

Material necessário:

Declaração de óbito (DO).

Descrição do procedimento:

- Após a constatação do óbito deve-se pedir aos familiares os documentos do paciente;
- Deve-se preencher a declaração de óbito em todos os campos atentando para os detalhes para que não falte nenhum dado para o cartório;
- Deve-se entregar somente a via amarela para o familiar levar ao cartório para expedição do atestado de óbito;
- As outras duas vias devem ser guardadas em uma pasta para posteriormente seja entregue a vigilância epidemiológica para que o sistema do Ministério da Saúde seja atualizado;
- Anotar o nome do paciente, a causa, o número da DO e horário no livro de óbito e de intercorrências para o controle interno do PS.

Cuidados relacionados:

- Não rasurar a declaração de óbito;
- Preencher todos os campos;

- Solicitar mais informações sobre o paciente para o familiar quando necessário;
- Atentar se o médico carimbou todas as vias;
- Caso aconteçam erros ou rasura, descrever cancelado em toda a extensão da folha e separar as três vias na pasta de arquivos para a vigilância.

Livro de Protocolo - Rotina: 039

1.1 – LIVRO ATA

Definição:

É essencial para manter o controle, respaldo legal e qualificação aos funcionários. Devendo ser anotados todas as mudanças, ordens de serviços, educação continuada e a assinatura dos profissionais cientes, dessa maneira poderão ser cobradas a atuação de forma correta e padrão.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros e todos os profissionais do setor.

Descrição do procedimento:

- Quando estiver em evidencia um assunto importante e que todos devem ficar cientes, se faz necessário um controle e um compromisso legal de tal forma que todos se comprometam com a assinatura no término da orientação;
- Essa orientação pode ser transferida pelo supervisor do plantão ou pela supervisão geral;
- Será descrito por extenso ou digitalizado e anexado ao livro;
- Deverá conter o número da ordem de serviço, direcionado a quem, o assunto, descrição do assunto e a assinatura do responsável.

1.2 – LIVROS PROTOCOLO/EMPRÉSTIMO

Definição:

Indispensável para manter o controle, a ordem, localização do produto e respaldo legal aos funcionários. Devendo ser anotados todos os empréstimos realizados pelo PS, tanto de material descartável quanto de materiais e equipamentos permanentes.

Profissionais envolvidos:

Enfermeiros.

Descrição do procedimento:

- Quando estiver em evidencia a necessidade de empréstimo de algo do PS, para qualquer outro setor ou estabelecimento;
- Importante para que todos fiquem cientes da localização do produto e principalmente controle e compromisso legal;
- Pegar o livro de protocolo, guardado na gaveta da mesa do posto de enfermagem;
- Essa descrição deve ser feita pela supervisão ou ser transferida a responsabilidade a outros funcionários quando necessário;
- Será descrito por extenso no livro o destino, endereço, o produto, a data e a assinatura do responsável em devolver.

Conferência e Reposição do Carrinho de Emergência - Rotina: 040

Definição:

Realizar a reposição de materiais e medicação do carrinho de emergência a cada utilização ou semanalmente.

Profissionais envolvidos:

Equipe de enfermagem.

Materiais necessários:

- Checklist do carrinho de emergência;
- Lacre;
- Caneta.

Resultados esperados:

- Adoção da técnica correta para o procedimento;
- Evitar falta do material e medicamento no momento da emergência;
- Padronização da técnica.

Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Conferir o conteúdo do carrinho conforme orientação descrita na parte externa do mesmo;
- Realizar checklist;
- Repor as medicações, caso esteja em falta anotar na lista checklist;
- No ato da conferência do carrinho, testar desfibrilador e laringoscópio;
- Higienizá-lo com álcool 70%;
- Lacrar o carrinho conferido ou resposto;
- No mesmo impresso do checklist anotar data, hora, nome e assinatura.

Observação:

Caso não seja possível repor ou conferir o carrinho de emergência, comunicar o próximo plantão para que não ocorra falha no momento do atendimento, anotar na lista checklist;

Caso seja observado a ausência de algum medicamento/material, o qual tenha ou não sido solicitado, comunicar o enfermeiro do plantão ou farmacêutico.

BIBLIOGRAFIA

1 – BREGENZER T.; CONEN D.; SAKMANN P. & WIDMER A.F. Isroutine replacement of peripheral intravenous catheters necessary? ArchInternMed158:151-156, 1998.

2 – GONÇALVES V.C.S.; GUTIÉRREZ, M.G.R. & GLASHAN R.Q. Manutenção de cateteres venosos periféricos de longa permanência com infusão intermitente. Acta Paul Enf11:79-91, 1998.

3 – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 4ª Ed. São Paulo: SOBEC, p.59-60, 2007.

4 – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1ª Ed. São Paulo: APECIH, p.265-302, 2010.