

Protocolos Operacionais Padrão

**POP/DivEnf/001/2016
Procedimentos técnicos
multiprofissionais e de
Enfermagem
Versão 1.0**

**COORDENAÇÃO:
Sâmia Letícia Ribeiro Lima
Vanicleide de Sá Nunes
Lucas Borges de Oliveira**

**Petrolina – PE
HU/UNIVASF
2016**

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Hospital Universitário - UNIVASF
Av. José de Sá Maniçoba, S/NCentro | CEP: 56.304-205 | Petrolina-PE |
Telefone: (87) 3255-6500 | Site: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf>

ALOÍZIO MERCADANTE OLIVA
Ministro de Estado da Educação

NEWTON LIMA NETO
Presidente

RONALD JUENYR MENDES
Superintendente

HAROLDO CEZAR DE FARIAS PEREIRA
Gerente de Atenção à Saúde

VANICLEIDE DE SÁ NUNES
Divisão de Enfermagem

SÂMIA LETÍCIA RIBEIRO LIMA
Núcleo de Educação Permanente

GERÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Haroldo Cezar de Farias Pereira

Médico Ortopedista, professor da Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco e Médico Legista do Instituto de Medicina Legal - SDS - Governo do Estado de Pernambuco.

CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Vanicleide de Sá Nunes

Enfermeira Especialista em gestão da clínica, gestão de sistemas e serviços de saúde e terapia intensiva, pela Fundação Oswaldo Cruz.

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Enfermeira Assistencial, especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Hospital Sírio-Libanês.

COLABORADORES

Adriana Soares de Lima Leandro

Enfermeira Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde HU-UNIVASF.

Alessandra Carvalhal Santos de Souza

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

Andreza Monteiro Cavalcante

Técnica de Enfermagem do núcleo de educação permanente do HU-UNIVASF.

Camila da Silva Carvalho

Enfermeira Assistencial da sala verde HU-UNIVASF.

Carine Rosa Nauê

Bióloga no laboratório de análises clínicas do HU-UNIVASF, Doutorando em Fitopatologia pela UFRPE.

Carla Eliza Ferraz de Oliveira

Enfermeira Assistencial da sala verde HU-UNIVASF

Cíntia Maria de Andrade Forte

Enfermeira Assistencial, Chefe da Unidade de Centro Cirúrgico/CME do HU-UNIVASF.

Cristina Maria Félix Crispiniano

Enfermeira Assistencial da clínica ortopédica HU-UNIVASF.

Danielle Coutinho de Souza Lins Machado

Enfermeira Assistencial, Chefe da Unidade de Urgência e Emergência do HU-UNIVASF.

Daniely da Silva Figueiredo

Enfermeira da vigilância epidemiológica do HU-UNIVASF.

Eduardo Rafael de Sousa Neto

Enfermeiro Assistencial da clínica ortopédica do HU-UNIVASF.

Erick Bruno Barros

Enfermeiro Assistencial do acolhimento do HU-UNIVASF.

Fernanda Valéria Lopes

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

Giselle Karine Muniz de Melo

Enfermeira Assistencial, Chefe da Unidade de Regulação Assistencial HU-UNIVASF.

Gicélia da Luz Rocha

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

Guedijany Henrique Pereira

Enfermeira Assistencial, Chefe do Setor de Apoio ao Diagnóstico Terapêutico do HU-UNIVASF.

Helânia Virginia Dantas dos Santos

Nutricionista Assistencial, unidade de nutrição clínica HU- UNIVASF.

Ianna Gabriela do Nascimento

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

Isabele Gouveia Muniz

Enfermeira intensivista lotada na UTI do HU-UNIVASF.

Izabelle Silva de Araújo

Nutricionista Assistencial, unidade de nutrição clínica HU- UNIVASF.

Jedais Silas da Silva

Enfermeiro Assistencial da sala vermelha do HU-UNIVASF.

Jucilene Rosangela de Sá Andrade

Enfermeira Assistencial da clínica médica do HU-UNIVASF.

Jussara Aparecida Corneau

Nutricionista, Chefe da Unidade de Nutrição Clínica do HU-UNIVASF.

Josilene de Carvalho Miranda

Enfermeira Assistencial da clínica médica do HU-UNIVASF.

Laiany Nayara Barros Gonçalves

Enfermeira Assistencial do ambulatório de feridas HU-UNIVASF.

Larycia Vicente Rodrigues

Enfermeira Assistencial da clínica médica do HU-UNIVASF.

Lidianne Alves de Sousa

Enfermeira Assistencial da sala vermelha do HU-UNIVASF.

Lívia Dias Mangueira Bastos

Enfermeira Assistencial da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde-CCIRAS.

Lucas Borges de Oliveira

Enfermeiro Residente em urgência da UNIVASF.

Luciana Silva Moraes

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

Maiane Alves de Macedo

Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.

- Margarida Maria Paiva de Matos
Técnica de Enfermagem do núcleo de segurança do paciente.
- Maria América Filgueiras dos Santos
Enfermeira Supervisora da clínica médica do HU-UNIVASF.
- Maurício Santana Sampaio
Enfermeiro Assistencial da clínica médica do HU-UNIVASF.
- Mayanne Santana Nobrega
Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.
- Meire Cristina Pereira da Silva
Enfermeira Assistencial da sala amarela HU-UNIVASF.
- Murilo Cândido do Monte
Enfermeiro Assistencial da sala vermelha do HU-UNIVASF.
- Naara Carol Costa Alves
Enfermeira Residente em intensivismo da UNIVASF
- Nilciane Amélia Mesquita
Enfermeira Assistencial do acolhimento do HU-UNIVASF.
- Otília Maria Reis Sousa Tinel
Enfermeira Supervisora das salas verde e azul do HU-UNIVASF.
- Rayama de Souza Mamede
Enfermeira Assistencial do bloco cirúrgico do HU-UNIVASF.
- Renata Marques da Silva
Enfermeira Assistencial, Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do HU-UNIVASF.
- Renata Santana Rodrigues
Enfermeira Assistencial da sala verde HU-UNIVASF.
- Rita de Kácia de Sousa
Enfermeira Supervisora da clínica cirúrgica do HU-UNIVASF.
- Samantha Carvalho de Lacerda
Enfermeira Assistencial da clínica cirúrgica HU-UNIVASF.
- Sâmia Letícia Ribeiro Lima
Enfermeira Assistencial do núcleo de educação permanente do HU-UNIVASF.
- Samuel Ricarte
Médico infectologista da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde-CCIRAS.
- Saulo Bezerra Xavier
Enfermeiro Terapia Intensiva, Chefe da Unidade de Monitoramento e Avaliação do HU-UNIVASF.
- Tamara Maria de Freitas Coelho
Enfermeira Assistencial da Central de Material Esterilizado do HU-UNIVASF.
- Vanessa Fausto Guimarães
Enfermeira Assistencial da sala azul HU-UNIVASF.
- Vanicleide de Sá Nunes
Enfermeira, Chefe da divisão de enfermagem.

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Vanicleide de Sá Nunes

Lucas Borges de Oliveira

(Coord.)

**PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO DO
HU-UNIVASF/EBSERH:**

Procedimentos técnicos multiprofissionais e de Enfermagem

1º Edição

Petrolina - PE

HU/UNIVASF

2016

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros – HEWAB/HU-UNIVASF
Protocolos Operacionais Padrão do HU UNIVASF/EBSERH: procedimentos técnicos
multiprofissionais e de Enfermagem.

ISBN:978-85-92656-00-3

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

Enfermeira Assistencial, especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS

Vanicleide de Sá Nunes

Enfermeira Especialista em gestão da clínica, gestão de sistemas e serviços de saúde e terapia
intensiva

Lucas Borges de Oliveira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Cardiológica e Enfermagem Dermatológica

P967 Protocolos Operacionais Padrão HU UNIVASF/EBSERH: procedi-
mentos técnicos multiprofissionais e de enfermagem./ Sâmia
Letícia Ribeiro Lima, Vanicleide de Sá Nunes, Lucas Borges
de Oliveira; Colaboração de Adriana Soares de Lima Leandro...
[et al]. Petrolina: HEWAB, 2016.
438p. : il.

ISBN: 978-85-92656-00-3

1.Cuidados de enfermagem - Protocolos. 2. Procedimentos técnicos
hospitalar. I.Título. II. Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de
Barros.

CDD 610.734

AGRADECIMENTOS

Esse material não teria sido construído sem a colaboração preciosa dos enfermeiros assistenciais e supervisores que se tornaram coautores desse manual. Vale ressaltar o fundamental e imprescindível apoio da Gerência de Atenção à Saúde, à Gerência de Ensino e Pesquisa, da Equipe Multiprofissional e Residentes de Enfermagem do HU. Todos juntos tornaram possível a elaboração dos protocolos com abordagem técnico-científica, mas também com muito fundamento prático.

APRESENTAÇÃO

A melhoria contínua na qualidade da assistência é a principal missão da Divisão de Enfermagem. Várias iniciativas têm sido desenvolvidas nesta direção para promover e garantir a continuidade e integralidade das ações. Na perspectiva de consolidar uma assistência mais resolutiva, que incorpore novos valores e o aprimoramento de suas práticas a Divisão de Enfermagem a partir de abril de 2015 constituiu um Grupo Técnico de trabalho, composto por enfermeiros da instituição para iniciar a construção dos POPs, e a partir de agosto de 2015 com a implantação do Núcleo de Educação Permanente esse trabalho foi melhor conduzido e finalizado. Um Protocolo Operacional Padrão (POP) é uma ferramenta que expressa o planejamento de um trabalho rotineiro que deve ser executado para o alcance de determinada meta, descrevendo de forma sistematizada e padronizada uma atividade técnica-assistencial. Diante disso, o POP tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais e de variações indesejáveis. Tornando-se, assim, essencial para garantir aos usuários uma assistência multiprofissional de alta qualidade, pois permite ao profissional sistematizar suas ações e seguir uma rotina unificada, a ser realizada em todas os setores de internação do HU. Os Protocolos em questão contêm fluxogramas sequenciais e uma estrutura mínima, composta por: definição, objetivo, profissionais envolvidos e abrangência, indicação, materiais necessários, descrição do procedimento, registro em prontuário, observações, controle de treinamentos e referências. A construção efetiva desse trabalho, contou com a colaboração da equipe multiprofissional do HU, e todos os Protocolos Operacionais Padrão foram aprovados, assinados, datados e revisados. Nota-se, nesse processo, que o POP é um instrumento de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando tornar mínimo os erros nas ações repetitivas, de formato dinâmico, passível de evolução que busca profundas transformações no trabalho, na instituição, nos aspectos técnico e político- institucionais. Acreditamos que este instrumento irá contribuir na organização da Assistência de Enfermagem promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais de Enfermagem na busca permanente da qualidade. Assim, em 2016, é lançado, a primeira edição do Protocolo Operacional Padrão do HU-Univasf, aqui apresentado, organizado pela Divisão de Enfermagem e coordenado pelo Núcleo de Educação Permanente do Hospital de Ensino Doutor Washington Antônio de Barros HU-UNIVASF e terá validade por um período de 02 anos.



SUMÁRIO

1. Ambiente	
1.1. Preparação do leito e admissão de paciente Sala Verde	13
1.2. Preparação do leito e admissão de paciente na Sala Amarela	15
1.3. Preparação do leito e admissão de paciente em UTI	20
1.4. Preparação do leito e Admissão de paciente nas Clínicas	25
2. Monitorização e controle	
2.1. Aferição de temperatura	29
2.2. Aferição de pulso	32
2.3. Aferição de frequência respiratória	36
2.4. Aferição de saturação de oxigênio	39
2.5. Verificação de glicemia capilar	42
2.6. Monitorização cardíaca	45
2.7. Aferição da pressão arterial	48
2.8. Balanço hídrico	53
3. Conforto e higiene	
3.1. Mudança de decúbito	56
3.2. Contenção mecânica do paciente no leito	59
3.3. Higiene corporal	65
3.4. Higiene íntima	70
3.5. Tricotomia	75
3.6. Higiene do cabelo e do couro cabeludo	78
3.7. Higiene Oral	82
3.8. Colocação de Dispositivo Urinário (Uropen/Uripem)	85
4. Intervenções terapêuticas	
4.1. Cateterismo nasoenteral	88
4.2. Cateterismo nasogástrico	92
4.3. Lavagem gástrica	96
4.4. Cateterismo vesical de demora	99
4.5. Irrigação vesical contínua	104
4.6. Assistência ao paciente submetido a drenagem torácica	107
4.7. Assistência ao paciente ostomizado	110
4.8. Punção de Acesso Venoso Central	115
4.9. Punção de Acesso Venoso Periférico	120
4.10. Assistência de enfermagem no preparo e encaminhamento do corpo após morte.	123
5. Preparo e administração de medicamentos	
5.1. Preparo e administração de medicação por via tópica	127

5.2.	Preparo e administração de medicação por via oral	131
5.3.	Preparo e administração de medicação por via sublingual	135
5.4.	Preparo e administração de medicação por via retal (Supositório e Enterocлизма)	138
5.5.	Preparo e administração de medicação por via intramuscular	142
5.6.	Preparo e administração de medicação por via subcutânea	146
5.7.	Preparo e administração de medicação por via intradérmica	150
5.8.	Preparo e administração de medicação por via intravenosa	154
5.9.	Preparo e administração de medicação por via ocular	158
5.10.	Preparo e administração de medicação por via auricular	161
5.11.	Preparo e administração de medicação por via nasal	164
5.12.	Preparo e administração de medicação por via vaginal	167
6.	Suporte nutricional	
6.1.	Instalação e administração da nutrição parenteral	172
6.2.	Instalação e administração da nutrição enteral	176
6.3.	Conservação da nutrição enteral	180
6.4.	Administração de dietas e/ou líquidos por via oral	183
6.5.	Estocagem de dietas	187
7.	Assistência na hemotransusão	
7.1.	Coleta de sangue e envio para o hemocentro	190
7.2.	Administração de hemocomponentes	193
7.3.	Monitoramento da infusão de hemocomponentes	197
7.4.	Assistência ao paciente com reação transfusional	201
8.	Assistência Ventilatória	
8.1.	Oxigenoterapia	204
8.1.1.	Administração de oxigênio por cânula nasal tipo óculos	204
8.1.2.	Administração de oxigênio por máscara de venturi	208
8.1.3.	Aerossolterapia	213
8.2.	Aspiração da secreção traqueal	217
8.3.	Abertura do kit de Intubação Orotraqueal	221
8.4.	Abertura do kit de Traqueostomia	226
8.5.	Assistência e manutenção do paciente submetido a intubação traqueal	231
8.6.	Desmame da assistência ventilatória mecânica	236
8.7.	Limpeza e cuidados com traqueóstomo	241
9.	Exames	
9.1.	Eletrocardiograma	244
9.2.	Gasometria arterial	247
10.	Padronização da coleta de culturas	
10.1.	Secreção de aspirado traqueal para cultura microbiológica	250

10.2.	Coleta para hemocultura	253
10.3.	Coleta de ponta de cateter para hemocultura	257
10.4.	Coleta de secreção nasal para cultura	260
10.5.	Coleta de urina para cultura	263
10.6.	Baciloscopia	268
10.7.	Coprocultura	273
10.8.	Coleta de secreção de feridas e abscessos	276
11. Carrinho de emergência		
11.1.	Organização e conferência do carrinho de emergência	280
12. Assistência ao paciente em Centro Cirúrgico		
12.1.	Paramentação cirúrgica	285
12.2.	Montagem da sala cirúrgica	288
12.3.	Desmontagem da sala cirúrgica	291
12.4.	Recepção do paciente na sala SRPA	294
12.5.	Alta do paciente da SRPA	297
13. Procedimentos em Centro de Material Esterilizado (CME)		
13.1.	Teste Biológico	300
13.2.	Teste BOWIE DICK	303
13.3.	Fita Teste (Concentração Peraútica)	305
13.4.	Integrador químico classe I – Fita zebra	307
13.5.	Limpeza das Autoclaves/ Rack/ Carro para Rack e Cestos Aramados	309
13.6.	Preparação do LAP Cirúrgico	311
13.7.	Limpeza e Desinfecção de Ambu	313
13.8.	Limpeza e desinfecção de artigos respiratórios (Umificador, Kit Venturi, Traqueias, NBZ e Cânula de Guedel)	316
13.9.	Limpeza e Desinfecção do Broncoscópio	319
14. Curativos		
14.1.	Curativo com alginato de cálcio	322
14.2.	Curativo com espuma de prata	326
14.3.	Curativo com placa de hidrocolóide	330
14.4.	Curativo com gaze antimicrobiana (Kerlix)	333
14.5.	Curativos de ostomias	336
14.6.	Curativo de Cateter Venoso Central	341
14.7.	Curativo com filme transparente	345
14.8.	Curativo com Desbridante Enzimático Hidrogel/Colagenase	349
14.9.	Curativo com Sulfadiazina de Prata 0,1%	352
14.10.	Curativo com Tela de Rayon	355
14.11.	Curativo com aliviador de pressão	358
15. Segurança do paciente		

15.1	Identificação de pacientes	361
15.2	Prevenção de úlcera por pressão	364
15.3	Higienização das mãos	368
15.4	Prevenção de quedas	372
15.5	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	376
15.6	Protocolo para Cirurgia Segura	381
16.	Procedimentos administrativos	
16.1.	Procedimento Operacional Padrão: como elaborar?	385
16.2.	Procedimento administrativo para transferência do paciente (Intra-hospitalar)	388
16.3.	Procedimento administrativo para alta hospitalar	392
16.4.	Procedimento administrativo para transferência inter-hospitalar	395
16.5.	Procedimento administrativo para óbito	398
16.6.	Passagem de plantão	403
16.7.	Registro e Anotação de Enfermagem	407
<hr/>		
17.	Controle de infecções relacionadas a assistência à saúde	
17.1.	Troca de dispositivos invasivos	414
17.2.	Prevenções padrão, respiratório e contato	419
17.3.	Prevenção de infecção do trato respiratório	426
17.4.	Prevenção de infecção do trato urinário	430
17.5.	Prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC)	433

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do Leito e Admissão do Paciente na Sala Verde				CÓDIGO POP – 1.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: A admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre quando há a necessidade de ocupar um leito hospitalar por 24 horas ou mais. Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado à enfermaria.

02- OBJETIVO:

- Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento;
- Facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar;
- Proporcionar conforto e segurança.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Equipe de Enfermagem.

04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Prontuário do paciente;
- Exames existentes anexados;
- Presença de um familiar ou responsável;
- Aparelho de pressão;
- Termômetro;
- Estetoscópio.

05- PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Certificar-se da identidade do paciente e acompanhá-lo até o leito já preparado; verificar se o prontuário está completo;
- Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;
- Orientar sobre as normas e rotinas do hospital (horário de visita e repouso);
- Orientar o paciente em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira de plantão;
- Verificar SSVV e registrar no prontuário;
- Registrar o paciente no censo (livro de registro);
- Identificar o leito;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do Leito e Admissão do Paciente na Sala Verde				CÓDIGO POP – 1.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02



- Encaminhar a farmácia prescrição médica assinada e carimbada;
- Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
- Encaminhar o paciente para a realização dos exames solicitados;
- Comunicar ao laboratório quanto aos exames de urgência;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

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

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. Fundamentos da Enfermagem. 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima / Andreza Cavalcante
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na Sala Amarela				CÓDIGO POP 1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
22/12/2015	22/12/2015	01/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 e 05

01- DEFINIÇÃO:

- **Preparação do Leito** - Consiste em um conjunto de procedimentos, técnicas de limpeza e organização da unidade do paciente após desocupação do leito em razão da alta, transferência ou óbito, buscando a remoção de sujidade e a desinfecção de materiais e equipamentos, bem como a arrumação dos componentes da unidade do paciente para assegurar-lhe higiene, segurança e conforto.
- **Admissão do Paciente na sala amarela** - Admissão do paciente em estado crítico, que necessite de cuidados semi-intensivos e intensivos, em ventilação mecânica ou não.

02- OBJETIVO:



- **Preparação** - Impedir o crescimento e a disseminação de microrganismos, contribuindo para prevenção da infecção hospitalar.
- **Admissão do Paciente** - Acolher o paciente no leito, organizando e conectando-o aos dispositivos de monitoramento clínico de modo a proporcionar segurança e conforto na unidade do paciente e tratamento de acordo com o grau de comprometimento de saúde.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiro, técnicos de enfermagem e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG).

04- INDICAÇÃO: Após a desocupação do leito em virtude de alta, transferência ou óbito.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- **Preparação** - Cama com grades, Produto químico padronizado pelo CCIRAS do hospital, Painel de gases checado (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido) algodão, lençóis, eletrodos para monitorização, vácuo, látex, umidificador, kit para nebulização, ambú e ventilador mecânico (quando necessário).
- **Admissão**- Unidade do paciente, prontuário e os impressos de registro de procedimento (folha de evolução de enfermagem, censo, impresso CCIRAS e balanço hídrico, livro de ocorrências).

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na Sala Amarela				CÓDIGO POP 1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
22/12/2015	22/12/2015	01/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 05



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

6.1 Preparação do Leito:

- Após a desocupação do leito, o ASG realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito, sendo necessário aguardar 40 minutos para ação do produto utilizado até a próxima admissão;
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, ventilador mecânico, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;
- Realizar a substituição do ambú e o todo o circuito do ventilador mecânico;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente.

6.2 Admissão: Após contato prévio da unidade de origem informando o encaminhamento do paciente ao setor e o estado clínico do paciente;

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Verificar se a unidade do paciente está em ordem para poder recebê-lo;
- Recepcionar o paciente, agradavelmente, apresentando-lhe leito em no caso de paciente consciente;
- Recolher e conferir o prontuário;
- Receber o paciente do profissional da unidade de origem que repassa o caso clínico;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Realizar a apresentação dos profissionais da sala amarela;
- Acomodar o paciente na sua unidade de acordo com seu estado clínico;
- Guardar seus pertences;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc);
- Realizar a anamnese do paciente;
- Verificar sinais vitais;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na Sala Amarela				CÓDIGO POP 1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
22/12/2015	22/12/2015	01/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 05

- Organizar o prontuário em pasta de origem do leito;
- Identificar o paciente em seu leito (Nome, nº do leito, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor e hipótese diagnóstica);
- Registrar o paciente no censo e livro de registro;
- Abrir folha de controle e balanço hídrico e anotar sinais vitais;
- Admitir o paciente no livro de ocorrência;
- Registrar paciente em impresso do CCIRAS;
- Evoluir o paciente no prontuário de acordo com anamnese;
- Encaminhar pedidos de exames e pareceres pendentes;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, aprazar prescrição, iniciar medicação de prioridade (Hidratação venosa, antibiótico, droga vasoativa, sedação, anti-hipertensivo, quando necessário);
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem.

07- RECOMENDAÇÕES:

- A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência.
- Todo paciente encaminhado à sala amarela tem o direito de ser acompanhada por um membro da familiar até à entrada da sala;
- É responsabilidade da equipe de enfermagem do setor de origem, conferir as condições do cliente **antes** do maqueiro chegar ao setor para efetuar o transporte;
- Certificar-se da realização do internamento do cliente pelo serviço de registro;
- Certificar-se da realização da avaliação/evolução e prescrição médica do dia;
- Realizar transferência nominal do setor de origem para a sala amarela através do sistema informatizado de registro de pacientes.
- Solicitar ao cliente para retirada de prótese dentária (se tiver); esvaziar a bexiga, retirar roupas íntimas, adornos, relógio; retirar esmalte das unhas (se tiver), maquilagem e outros objetos que não devem ser levados ao setor.

- O prontuário do cliente deverá ser encaminhado junto ao cliente, incluindo os exames de imagem e outros não fixados no mesmo (enviar as duas pastas: das prescrições e dos exames).

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na Sala Amarela				CÓDIGO POP 1.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
22/12/2015	22/12/2015	01/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 05	

- É responsabilidade da equipe de enfermagem da sala amarela receber o cliente e o prontuário, conferir o nome com os dados do paciente e retirada dos pertences pessoais;
- Nos casos de identificar próteses, adornos e roupas íntimas não removidos no setor de origem, retirar e colocar num saco plástico, identificar e garantir devolução junto à família por meio de protocolo;

REFERÊNCIAS:

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



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

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

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

SOUSA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester, Rev. Latino-Americana de Enfermagem

Nº19(1), jan-fev 2011. Disponível em :http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf,
acessado dia 17 de dezembro de 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na Sala Amarela				CÓDIGO POP 1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
22/12/2015	22/12/2015	01/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 de 05



ELABORADO POR:Enf^a Meire Cristina Pereira da Silva de Sousa**NOME / ASSINATURA****REVISADO POR:**Enf^o Residentes Lucas Borges de Oliveira / Sâmia Letícia Ribeiro Lima**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na UTI				CÓDIGO POP 1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 e 05

01- DEFINIÇÃO:

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

02- OBJETIVO:

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiro, técnicos de enfermagem e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG).

04- INDICAÇÃO: Após a desocupação do leito em virtude de alta, transferência ou óbito.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- **Preparação** - Deverá ser preparado o leito para cada admissão, sendo conferido o painel de gases (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro para oxigênio e ar comprimido) lençóis, eletrodos para monitorização, monitor cardíaco, pressão não invasiva (PNI) e oximetria de pulso, vácuo, látex, umidificador, kit para

nebulização, ambú e ventilador mecânico, devidamente testado pela equipe de fisioterapia.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na UTI				CÓDIGO POP 1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 e 05

- **Admissão-** Unidade do paciente, prontuário e os impressos de registro de procedimento (folha de evolução do enfermeiro, mapa de controle de infecção (CCIRAS), ficha de protocolo para prevenção de úlceras por pressão (UPP), ficha de avaliação de risco de queda, livro de registro de pacientes, ficha de controle de SSVV, balanço hídrico e evolução técnica em enfermagem e relatório de enfermagem).

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

6.1 Preparação do Leito:

- Após a desocupação do leito, o ASG realizará a limpeza seguindo a técnica da limpeza terminal do leito, sendo em média 30 min para limpeza mecânica geral do leito (cama, piso, teto, paredes e cortinas) com aplicação de produto específico padronizado pela CCIRAS. Em seguida, são necessários mais 30 minutos com produto espalhado e de molho em todo o espaço do leito, com a respectiva cortina fechada. Finalizando, 20 min para enxague final com retirada do produto e 10 min para limpeza de equipamentos e preparação final do leito. Dessa forma totalizamos 1h e 30min de limpeza terminal do leito, impossibilitando a admissão de pacientes durante este intervalo.
- Realizar, pela a equipe de enfermagem, a limpeza dos outros elementos da unidade do paciente (bomba de infusão, ventilador mecânico, mesa de cabeceira, suporte para soro, monitor cardíaco, oxímetro e outros);
- Realizar a troca dos equipamentos da régua de gases (vácuo, látex, kit para nebulização, umidificador e outros) por equipamentos limpos;
- Realizar a substituição do ambú e o todo o circuito do ventilador mecânico;
- Dispor lençol de baixo e lençol travessa no leito, deixando disponível a manta para cobrir o paciente.

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

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;



- Verificar se a unidade do paciente está em ordem para poder recebê-lo;
- Recepcionar o paciente, agradavelmente, apresentando-lhe o leito, no caso de paciente consciente;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na UTI				CÓDIGO POP 1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 e 05

- Recolher e conferir o prontuário;
- Receber o paciente do profissional da unidade de origem que repassa o caso clínico;
- Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados;
- Acomodar o paciente na sua unidade de acordo com seu estado clínico;
- Guardar seus pertences;
- Orientar paciente e/ou familiares sobre as rotinas do setor (Horário de visitas e etc.);
- Realizar a anamnese do paciente;
- Verificar sinais vitais;
- Organizar o prontuário em pasta de origem do leito;
- Identificar o paciente em seu leito (nome, nº do leito, idade, data de admissão hospitalar, data de admissão no setor, hipótese diagnóstica e procedimentos invasivos);
- Registrar o paciente no censo e livro de registro de pacientes;
- Abrir folha de controle e balanço hídrico e anotar sinais vitais;
- Abrir mapa de controle de infecção hospitalar (CCIRAS);
- Aplicar escala de Braden na admissão, identificando risco de desenvolvimento de U.P.P;
- Abrir protocolo preventivo para prevenção de U.P.P;
- Preencher ficha de avaliação de risco de queda;
- Evoluir o paciente no prontuário de acordo com anamnese;
- Encaminhar pedidos de exames e pareceres pendentes;
- Encaminhar prescrição médica a via da farmácia, apurar prescrição, iniciar medicação de prioridade (hidratação venosa, antibiótico, droga vasoativa, sedação, anti-hipertensivo, quando necessário);
- Conferir Medicação vinda da farmácia ou de do setor de origem.

07- RECOMENDAÇÕES:

- A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência.
- É responsabilidade da equipe de enfermagem do setor de origem, conferir as condições do cliente **antes** do maqueiro chegar ao setor para efetuar o transporte;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na UTI				CÓDIGO POP 1.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 e 05	



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

REFERÊNCIAS:

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

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



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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente na UTI				CÓDIGO POP 1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 de 05

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

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

ELABORADO POR: Meire Cristina Pereira da Silva de Sousa Saulo Bezerra Xavier
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente nas Clínicas				CÓDIGO POP – 1.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO:

- **Preparação do leito:** É o preparo do leito hospitalar para receber o paciente.
- **Admissão do paciente na clínica:** É a entrada e permanência do paciente e familiar/acompanhante na unidade de internamento hospitalar (Clínica médica, cirúrgica ou ortopédica), por determinado período.

02- OBJETIVO:



- **Preparação do leito:** Diminuir o risco de transmissão de microrganismos; promover conforto e bem-estar ao paciente; prevenir lesões na pele.
- **Admissão do paciente:** Acolher o paciente de forma humanizada, sistematizando o atendimento; reduzir ansiedade e angústia do paciente e acompanhante, facilitando a adaptação dos mesmos ao ambiente hospitalar; promover a segurança do paciente.

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

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

- Estetoscópio.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente nas Clínicas				CÓDIGO POP – 1.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 04

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- **Preparação do leito:**

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

- **Admissão do paciente:**

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

- Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio para ser entregue posteriormente aos familiares;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente nas Clínicas				CÓDIGO POP – 1.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;
- Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;
- Identificar o leito;
- Anotar no relatório de enfermagem a admissão;
- Anotar no livro de admissão e censo diário CCIRAS;
- Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
- Organizar o prontuário do paciente (dividindo em duas partes enfermagem e médica);
- Preencher as fichas de avaliação para risco de queda e escala de Braden;
- Atualizar o censo do sistema AGHU com informações e procedimentos a serem realizados nos pacientes;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem.

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

07- OBSERVAÇÕES:

- Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras para evitar o desconforto e as lesões de pele;
- Colocar a roupa usada no *hamper*, evitando agitá-la. Nunca a colocar no chão;
- Manter a cama sem as roupas após a limpeza e a desinfecção terminal, quando não houve previsão de ocupação. Antes de admitir o novo cliente, friccionar álcool 70% nas partes superiores da cama e vesti-la.



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do leito e Admissão de Paciente nas Clínicas				CÓDIGO POP – 1.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 04

REFERÊNCIAS:

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

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

ELABORADO POR: Rita de Kácia de Sousa
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Temperatura Axilar				CÓDIGO POP – 2.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos.

04- INDICAÇÃO: Quando necessário e/ou de acordo com a rotina de cada setor.



05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição médica ou de enfermagem;
- Bandeja;
- Termômetro;
- Algodão embebido com álcool a 70%;
- Caneta;
- Formulário de registro;
- Luvas de procedimento;
- Relógio de pulso.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Verificar a prescrição médica ou de enfermagem;

- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas de procedimento;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Temperatura				CÓDIGO POP – 2.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Certificar da identificação do paciente como enfermagem, leito, nome completo;
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido com álcool a 70%;
- Observar se axila do paciente está seca, caso contrário, secá-la com papel toalha;
- Posicionar o bulbo do termômetro bem no centro da axila sem tocá-lo. Abaixar o braço do paciente sobre o termômetro e cruzá-lo sobre o peito;
- Manter o termômetro posicionado por 5 a 10 minutos, caso o termômetro for digital aguarda até que mesmo emita sinal sonoro;
- Remover o termômetro e fazer a leitura do mesmo ao nível dos olhos;
- Informar ao paciente a leitura obtida;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido de álcool a 70% após procedimento;
- Guardar o material em local apropriado após a realização da desinfecção;
- Lavar as mãos;

07- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.



REFERÊNCIAS:

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

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

CRUZ, DOA et al. Aferição de Temperatura Axilar. Universidade Federal do Rio de

Janeiro. Hospital Clementino Fraga. Departamento de Enfermagem. 2013.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Temperatura				CÓDIGO POP – 2.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

ELABORADO POR:

Josilene de Carvalho Miranda



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^o Residente Lucas Borges de Oliveira / Sâmia Letícia Ribeiro Lima**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pulso				CÓDIGO POP – 2.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/10/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

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

02-OBJETIVO: Avaliar frequência, ritmo, força e regularidade, determinando o estado de saúde do paciente através de uma avaliação cardiovascular.

03-PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

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



05-MATERIAL NECESSÁRIO: Estetoscópio (pulso apical), relógio de pulso, caneta, formulário de registro e algodão com álcool.

06-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Checar os dados de identificação do paciente;
 - Explicar o procedimento ao paciente;
 - Determinar necessidade de avaliar pulso radial, apical, carotídeo ou femoral;
 - Lavar as mãos conforme orientação do CCIRAS/Protocolo de Higienização das Mãos;
- Pulso radial**
- Ajudar o paciente a ficar em posição de decúbito dorsal ou sentado, se decúbito dorsal colocar o antebraço do cliente reto ao longo do corpo. Quando sentado, flexionar o cotovelo

em 90° e apoiar o antebraço na cadeira ou no braço do examinador. Flexione um pouco o punho com a palma para baixo;

- Colocar as pontas dos dois primeiros dedos da mão sobre o sulco, ao longo do lado radial ou do polegar, na parte interna do punho do cliente;
- Comprimir suavemente contra o rádio, obliterar inicialmente o pulso e, em seguida relaxar a pressão, de modo que o pulso se torne facilmente palpável;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pulso				CÓDIGO POP – 2.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/10/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Determinar a força do pulso. Observar se o golpe do vaso contra a polpa digital é cheio, forte, fraco, filiforme e igual ao pulso do outro membro;
- Depois que o pulso puder ser sentido regularmente, observar o ponteiro dos segundos do relógio e começar a contar a frequência;
- Quando o pulso for regular, contar a frequência por 30 segundos e multiplicar o total por 2;
- Quando o pulso for irregular, contar a frequência durante 60 segundos. Avaliar também a frequência e o padrão de irregularidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (60 a 100 batimentos por minuto).

Pulso Apical

- Ajudar o cliente até a posição de decúbito dorsal ou sentado. Afastar as roupas de cama e camisola, para expor o esterno e o lado esquerdo do tórax;
- Localizar o pulso apical; para identificar o ponto de impulso máximo, deve-se encontrar o ângulo de Louis, exatamente a baixo da incisura supra esternal, entre o corpo do esterno e o manúbrio; pode ser palpado como proeminência óssea. Deslizar os dedos para baixo, em ambos os lados do ângulo, até encontrar o segundo espaço intercostal. Movimentar os dedos para baixo, no lado esquerdo do esterno até o 5° espaço intercostal e lateralmente até a linha hemiclavicular. Um golpe discreto, sentido dentro de uma área de 1 a 2 centímetros, é refletido a partir do ápice do coração;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o ponto de impulso máximo no 5° espaço intercostal e auscultar os batimentos cardíacos B1 (ausculta tricúspide) e B2 (ausculta bicúspide);
- Quando B1 e B2 forem auscultados com regularidade, utilizar o ponteiro de segundos do relógio e começar a contar a frequência, quando a oscilação na mão coincidir com o número

- no mostrador, começar contando com zero, depois um, dois e assim por diante;
- Quando o pulso for regular, contar a frequência por 30 segundos e multiplicar o total por 2;
 - Quando o pulso for irregular, contar a frequência durante 60 segundos. Avaliar também a frequência e o padrão de irregularidade.
 - Registrar qualquer irregularidade na ausculta;
 - Lavar as mãos;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pulso				CÓDIGO POP – 2.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14/10/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (60 a 100 batimentos por minuto).

07- REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

08- OBSERVAÇÕES: Quando o pulso for irregular, avaliar o déficit de pulso que pode indicar alteração do débito cardíaco. Contar o pulso apical, enquanto um colega conta o pulso radial. Começar a contar alto o pulso apical, para avaliar simultaneamente os pulsos. Quando a contagem do pulso diferir em mais de 2, existe um déficit de pulso.



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

09- CONTROLE DE TREINAMENTOS: Quando houver a necessidade do serviço e sempre que houver a revisão dos POP's.



REFERÊNCIAS:

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pulso				CÓDIGO POP – 2.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 14/10/2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04

ELABORADO POR: Enf ^a . Laiany Nayara Barros Gonçalves
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a . Residente Naara Carol Costa Alves
NOME/ ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição da Frequência Respiratória				CÓDIGO POP – 2.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 14.10.2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

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

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

10- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.



11- INDICAÇÃO: Na admissão, transferência e alta hospitalar do paciente; antes e depois de procedimentos cirúrgicos; antes, durante e após administração de medicações que afetam a frequência respiratória; antes e depois de diagnósticos invasivos; quando há mudança no estado geral do paciente; quando o paciente relata sintomas inespecíficos e desconforto físico.

12- MATERIAL NECESSÁRIO: Relógio de pulso, caneta, formulário de registro.

13- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Checar os dados de identificação do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Determinar necessidade de avaliar a respiração do cliente;
- Avaliar valores laboratoriais pertinentes:
A. Gasometria Arterial: pH: 7,35-7,45; PaCO₂: 35-45; PaO₂: 80-100; SaO₂: 94%-100%;

- B. Oximetria de Pulso: Aceitável de 90% a 100%; 85% a 89% aceitáveis para determinadas condições patológicas;
- C. Hemograma Completo: Hemoglobina: 14 a 18g/100mL homens, 12 a 16g/100mL mulheres; Hematócrito: 40% a 54% homens, 38% a 47% mulheres.
- Certificar-se que o cliente está numa posição confortável de preferência sentado ou deitado com a cabeceira elevada em 45° a 60°;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição da Frequência Respiratória				CÓDIGO POP – 2.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 14.10.2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	

- Colocar o braço do paciente em posição relaxada por sobre o abdome ou parte inferior do tórax, ou colocar diretamente a mão do examinador sobre a parte superior do abdome do cliente;
- Observar o ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração);
- Depois de observar o ciclo respiratório olhar para o ponteiro de segundos do relógio e começar a contagem e a frequência, quando a oscilação da mão coincide com o número no mostrador do relógio, começar o intervalo de tempo, contando um com o primeiro ciclo respiratório pleno;
- Quando o ritmo for regular, contar o número de respirações em 30 segundos e multiplicar por 2;
- Quando o ritmo for irregular, menos que 12 ou maior que 20, contar durante um minuto;
- Reposicionar a roupa de cama e camisola do paciente;
- Lavar as mãos;
- Anotar no formulário e comparar com as leituras com a linha de base anterior e/ou faixa aceitável (12 a 20 incursões respiratórias por minuto).

14- REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

15- OBSERVAÇÕES:



Bradpnéia: Frequência regular, abaixo de 12 incursões por minuto;

Taquipnéia: Frequência regular, rápida, acima de 20 incursões por minuto;



REFERÊNCIAS:

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Frequência Respiratória				CÓDIGO POP – 2.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Enfª. Laiany Nayara Barros Gonçalves
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª. Residente Naara Carol Costa Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Saturação de Oxigênio				CÓDIGO POP – 2.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 14.10.2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- DEFINIÇÃO: A oximetria de pulso é um método não-invasivo utilizado para avaliar a oxigenação do paciente, isto é, a saturação do oxigênio da hemoglobina arterial (SpO₂). Os dados coletados por este instrumento são aferidos em porcentagem, acuradas entre 80% e 100%, sendo considerados os índices de melhor perfusão sanguínea os valores próximos a 100%.

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

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

05- OBSERVAÇÕES: A saturação de oxigênio pode ser obtida em uma região anatômica que permita a aferição da medida, preferencialmente de localização periférica, como as extremidades digitais das mãos e dos pés, lóbulos da orelha, entre outros. A eficácia é menor em caso de má perfusão; a eficácia diminui com saturações arteriais menores que 70%; a eficácia pode ser alterada mediante o uso de vasoconstrictores e corantes.

06- MATERIAIS NECESSÁRIOS

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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Saturação de Oxigênio				CÓDIGO POP – 2.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

07- PROCEDIMENTO:



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

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

REFERÊNCIAS:



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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Saturação de Oxigênio				CÓDIGO POP – 2.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

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

ELABORADO POR: Mayanne Santana Nóbrega de Figueiredo
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª. Residente Naara Carol Costa Alves, Sâmia Letícia Ribeiro Lima; Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Verificação de Glicemia Capilar				CÓDIGO POP – 2.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 03

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.



04- INDICAÇÃO: Em portadores de diabetes, usuários de insulino terapia, usuários de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Luvas de procedimento, algodão, álcool a 70%, bandeja, glicosímetro, fitas reagentes para glicose, lancetas estéreis, caneta e papel para anotação do resultado encontrado e descartado.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Separar o material necessário na bandeja;
- Certificar-se de que a fita reagente está na validade;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;

- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Verificação de Glicemia Capilar				CÓDIGO POP – 2.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 03

- Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em Álcool a 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, após secar o local com algodão limpo e seco;
- Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
- Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes;
- Informar-lhe o resultado obtido ao paciente;
- Fazer a desinfecção e guardar o glicosímetro;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- Retirar as luvas,
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS.

07-REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

REFERÊNCIAS:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Verificação de Glicemia Capilar				CÓDIGO POP – 2.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR:

Laiany Nayara Barros Gonçalves

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Sâmia Letícia Ribeiro Lima



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Monitorização Cardíaca				CÓDIGO POP – 2.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que utilizem o monitor cardíaco na assistência ao paciente.

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

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Monitor de ECG, cabo de monitorização de 5 vias, eletrodos, algodão, álcool à 70%.

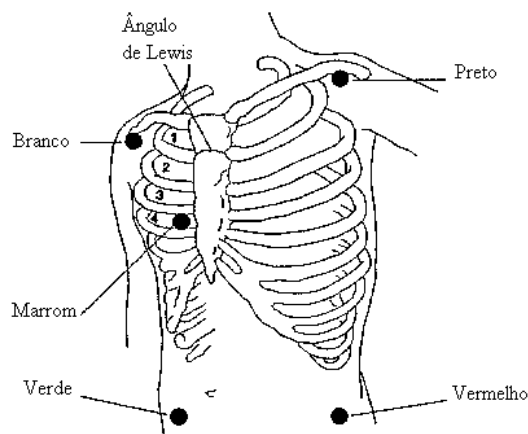
06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Se possível, explicar o procedimento e finalidade ao cliente proporcionando conforto e alívio da ansiedade;

- Reunir o material;
- Realizar a limpeza da pele no local de aderência dos eletrodos com água e sabão e secar a pele;
- Desengordurar a pele com antisséptico s/n;

EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem			UNASF	
Monitorização Cardíaca				CÓDIGO POP – 2.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 03	

- Certificar-se que o cliente está numa posição confortável de preferência sentado ou deitado com a cabeceira elevada em 45° a 60°;
- Para os cabos de 5 canais vias, dispor e fixar os eletrodos da seguinte forma:
 - linha infra-clavicular esquerda (próximo ao ombro): **MSE – LA**
 - linha infra-clavicular direita (próximo ao ombro): **MSD – RA**
 - 4º espaço inter-costal direito: **V – V1**
 - linha infra-diafragmática esquerda (próximo à crista ilíaca): **MIE – LL**
 - linha infra-diafragmática direita (próximo à crista ilíaca): **MID – REF**



- Reposicionar a roupa de cama e roupa do paciente;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo do CCIRAS;

07- OBSERVAÇÕES:

- Ajustar os alarmes do monitor, aumentando o volume. O alarme de frequência do monitor deverá estar sempre ligado, com ajuste mínimo em 60 BPM e máximo em 100 BPM a fim de detectar bradi ou taquiarritmias. Tais ajustes poderão ser alterados sob avaliação das condições clínicas do cliente;
- Se necessário, realizar a tricotomia dos pelos nos locais de adesão dos eletrodos;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Monitorização Cardíaca				CÓDIGO POP – 2.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03

- Durante o banho no leito, não molhar os eletrodos devido a possibilidade de micro choques (não retirar os eletrodos, principalmente em caso de pacientes de alta complexidade);
- Eletrodos devidamente aplicados vão garantir uma monitorização cardíaca adequada e livre de intercorrências;
- Realizar desinfecção do aparelho do eletrocardiograma antes e após o uso de cada paciente.



08- REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

REFERÊNCIAS:

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

ELABORADO POR: Laiany Nayara Barros Gonçalves
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Aferição de Pressão Arterial				
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
09/11/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 e 05

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

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

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

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Esfigmomanômetro, estetoscópio, gaze e álcool a 70%.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos de acordo com o Protocolo de Higienização das Mãos;
- Identificar o paciente perguntando o nome completo. Caso o paciente em questão esteja sem condições de responder, confira os dados com o acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente relatando a sua finalidade e deixá-lo em repouso por pelo menos 5-10 minutos. Deve ser instruído a não conversar durante a medida;
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia e nem com as pernas cruzadas; O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pressão Arterial				CÓDIGO POP – 2.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
09/11/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente (no meio do braço) (Quadro 1):



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

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

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

- Colocar o manguito, sem deixar folgas 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;

- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica;
- Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pressão Arterial				CÓDIGO POP – 2.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff);
- Anotar os valores exatos das pressões sistólicas e diastólicas sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida;
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
- Realizar a assepsia do material utilizado com álcool a 70% e gaze;
- Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação da Pressão Arterial Sistêmica.



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

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

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

07-OBSERVAÇÕES: Escolher o manguito apropriado de acordo com a faixa etária e o local da medição, para garantir a acurácia das medidas da PA. O local de preferência para aferição da mesma é o braço, usando como ausculta a artéria braquial. Os sons auscultados durante a aferição chamam-se ruídos de Korotkoff. Podemos classificá-los em 5 fases:

- Fase 1: Primeira aparição de ruídos rítmicos, de forma clara e repetitiva, sons súbito, forte;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pressão Arterial				CÓDIGO POP – 2.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05

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

08-REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.



REFERÊNCIAS:

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

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



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

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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aferição de Pressão Arterial				CÓDIGO POP – 2.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente. **Arq Bras Cardiologia**, 2012; 99(1):576-585. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000002>. Acesso em: 12/07/2015.

ELABORADO POR: Enfª. Maria América Filgueira
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª. Residente Naara Carol Costa Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Balanco Hídrico				CÓDIGO POP – 2.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 03

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.



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

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Formulário de controle hídrico, relatório de enfermagem, frasco graduado para medição de volume, caneta e calculadora.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Orientar o paciente e acompanhante quanto à realização do balanço hídrico e a necessidade de medir e anotar todos os líquidos administrados e eliminados/coletados do paciente;
- Se possível, pesar diariamente o paciente e registrar no Relatório de Enfermagem;

- Medir os líquidos a serem administrados VO, ou por sonda (dieta líquida, água para lavar a sonda, medicamentos VO) antes de oferecê-los ao paciente;
- Anotar a quantidade ingerida/administrada no formulário de Controle Hídrico (CH);
- Medir e anotar os volumes de líquidos administrados por via parenteral (IV, IM, SC, ID) no formulário de CH;
- Anotar de 2 em 2 horas os volumes de soro, hemocomponentes, medicações contínuas e NPT;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Balço Hídrico				CÓDIGO POP – 2.8		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	



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

07-REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

REFERÊNCIAS:

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

BALANÇO HÍDRICO NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADE CORONARIANA – acessado em nov 2014:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/380/pd>

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Balanco Hídrico				CÓDIGO POP – 2.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

ELABORADO POR:

Laiany Nayara Barros Gonçalves

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Sâmia Letícia Ribeiro Lima



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Mudança de Decúbito				CÓDIGO POP – 3.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

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

02- OBJETIVO: Evitar a formação de úlceras por pressão através da avaliação do risco do cliente e de ações preventivas relacionadas à pressão, fricção, cisalhamento e maceração em pacientes acamados.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



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

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Lavar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Preparar o material;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Se possível, orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Mudança de Decúbito				CÓDIGO POP – 3.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 26/11/2015	Data de Aprovação 26/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	

- Calçar luvas;
- Cada um dos colaboradores deverá posicionar-se de um lado do leito;
- Fletir o membro inferior oposto do paciente ao qual ele ficará;
- O colaborador do lado oposto deverá colocar uma das mãos no ombro do cliente e a outra na flexão do joelho, puxando-o para cima;
- O colaborador posicionado atrás do cliente deverá colocar o coxim, previamente protegido por um lençol, nas costas do mesmo evitando que retorne a posição anterior;
- Proteger a articulação dos joelhos colocando coxim entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Deixar o cliente confortável;
- Lavar as mãos;

08- REGISTRO: Todo procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente.

09- OBSERVAÇÕES:

- Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo devem ser usados para preservar as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama, de acordo com um plano de cuidados por escrito.
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limite a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Mudança de Decúbito				CÓDIGO POP – 3.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

REFERÊNCIAS:



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

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Procedimento operacional padrão enfermagem 2012. Disponível em:

http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 14 de out. 2015.

ELABORADO POR: Enf ^a Samantha Carvalho de Lacerda
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Contenção Mecânica do Paciente no Leito				CÓDIGO POP – 3.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 06

01- DEFINIÇÃO: É a limitação da movimentação física do paciente no leito mediante aplicação de medidas de contenção mecânica.

02- OBJETIVOS:

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:

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



04- INDICAÇÕES:

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

05- CONTRA INDICAÇÃO: É proibida a contenção mecânica do cliente com o propósito de disciplinar, punir ou por conveniência da equipe de saúde.

06- MATERIAL NECESSARIO:

- **Contenção tipo luvas:**
 - 02- Ataduras crepe e fita adesiva;
 - 02- Compressas limpas de pano.
- **Restrição de punhos e tornozelos:**
 - 02- Ataduras crepe;
 - 02- Compressas limpas de pano.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Contenção Mecânica do Paciente no Leito				CÓDIGO POP – 3.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 06	

- **Contenção de tórax e ombros:**
 - 01- Lençol.
- **Contenção de quadril:**
 - 02- Lençóis;
 - 01- Fralda descartável.
- **Contenção de Joelhos:**
 - 02- Lençóis.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

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



7.1 Contenção tipo luva:

- Dobrar uma compressa de panos em quatro, no sentido horizontal, ao enrolá-la, colocar na palma da mão do cliente;
- Pedir ao cliente para fechar a mão ou fechá-la;
- Cobrir a mão com atadura crepe, enrolando-a em toda sua extensão até o punho;
- Fixar a atadura com fita adesiva;

- Repetir os procedimentos na outra mão.

7.2 Punhos e tornozelos:

- Dobrar uma compressa em três partes no sentido horizontal, formando uma faixa;
- Enrolar a compressa em torno do punho ou do tornozelo;
- Envolver a compressa com atadura crepe, mantendo as extremidades livres;
- Dar um nó fixo nas extremidades da atadura próxima ao membro, deixando uma folga de 01 a 02 dedos entre a atadura e a pele do cliente; Colocar o membro em extensão, se possível, em posição anatômica.

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Contenção Mecânica do Paciente no Leito</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 3.2</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 06	

- Prender as extremidades das ataduras no leito, deixando uma folga que possibilite uma movimentação leve do membro contido;
- Repetir os procedimentos no outro punho ou tornozelo, conforme figura abaixo.





7.3 Tórax e ombros:

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

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



		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Contenção Mecânica do Paciente no Leito</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 3.2</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 06	

7.4 Quadril:



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



7.5 Joelhos:

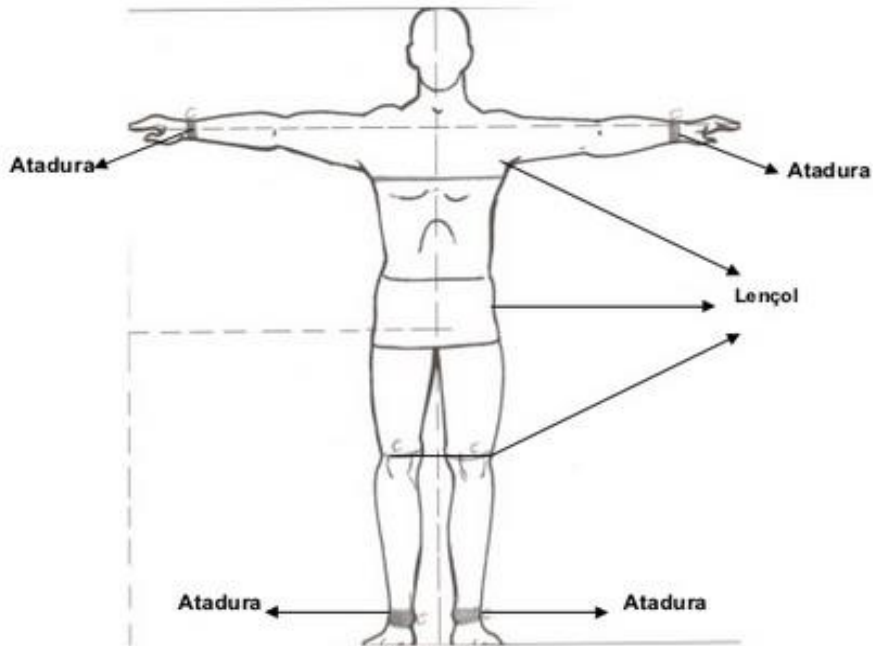
- Dobrar dois lençóis na diagonal formando faixas com aproximadamente 30 cm de largura;
- Colocar uma faixa sobre um dos joelhos e passa-la por baixo do joelho oposto. Repetir o procedimento com o outro joelho.
- Unir as extremidades das faixas, enrolando uma na outra até apertar ligeiramente os joelhos;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



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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Contenção Mecânica do Paciente no Leito				CÓDIGO POP – 3.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 de 06	

09- OBSERVAÇÕES:

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



		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Contenção Mecânica do Paciente no Leito</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 3.2</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
<p>Data de Emissão</p> <p>29/02/2016</p>	<p>Data de Aprovação</p> <p>29/02/2016</p>	<p>Data de Vigência</p> <p>02/2016 a 01/2018</p>	<p>Próxima Revisão</p> <p>01/2018</p>	<p>Versão</p> <p>1</p>	<p>Pág.</p> <p>06 de 06</p>	

REFERÊNCIAS:

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



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

ELABORADO POR:

Rita de Kácia de Sousa

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Higiene Corporal				CÓDIGO POP – 3.3
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 05

01-DEFINIÇÃO: Higienização total ou parcial do corpo, realizada no cliente acamado.

02- OBJETIVO:

- Higienizar a pele, removendo a sujidade e a sudorese corporal;
- Reduzir potencial de infecções;
- Promover o bem-estar, o relaxamento e o conforto do paciente;
- Estimular a circulação sanguínea periférica.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e estudante do curso de técnico de enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.



04- INDICAÇÃO: Cuidados higiênicos diários de clientes acamados.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

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



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente, arrumando na mesa;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Corporal				CÓDIGO POP – 3.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 05	



- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e avaliar as condições do paciente;
- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo e posicionar o *hamper* ou saco;
- Colocar os EPIs;
- Abaixar as grades do leito e retirar o excesso de roupas de cama (coberto e travesseiro) e de acessórios, deixando o cliente coberto com o lençol;
- Realizar ou auxiliar na higienização bucal;
- Realizar a higienização dos cabelos e do couro cabeludo, se necessário;
- Despejar a água do jarro na bacia até dois terços da sua capacidade e verificar a temperatura, se necessário;
- Umedecer a compressa na bacia, torcê-la e passá-la com sabonete líquido;

- Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo e depois, o rosto, as orelhas e o pescoço do cliente;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele;
- Secar o local com a toalha;
- Desprezar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
- Retirar a roupa do paciente, mantendo-o coberto com o lençol;
- Fazer higiene dos braços, mãos e axilas, passando a compressa de banho ensaboada;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele;
- Secar os braços, mãos e axilas;
- Observar as condições das unhas, imergindo-as na bacia, higienizando, enxaguando e secando, corte-as após o banho, se necessário;
- Descobrir o tórax e o abdome do paciente, dobrando o lençol até a região supra púbica;
- Higienizar o tórax e o abdome com a compressa ensaboada, iniciando pela região supra clavicular até supra púbica;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele, em seguida secar;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Corporal				CÓDIGO POP – 3.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Higienizar as pernas e as coxas com a compressa de banho ensaboada, começando pelo tornozelo até a região inguinal. Iniciar pelo membro inferior mais distante ao profissional;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos na pele, em seguida secar;
- Forrar os pés na cama com a toalha, colocar a bacia sobre ela;
- Imergir os pés do paciente na bacia e higienizá-los, esfregando-os vigorosamente, com a compressa de banho ensaboada;
- Secar os pés com a toalha, com atenção especial aos espaços interdigitais;
- Fazer higiene íntima, conforme o POP 3.4. Desprezar a compressa/esponja no saco;
- Subir a grade no lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;
- Posicionar o cliente em decúbito lateral com o dorso voltado para o lado do profissional;

- Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril, embutido uma de suas bordas sob o corpo do cliente, para evitar molhar o colchão e a cama;
- Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com outra compressa de banho ensaboada;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passa-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
- Secar a região com a toalha, desprezando-a no *hamper*;
- Desprezar a água da bacia no balde de coleta;
- Cobrir o cliente com o lençol e arrumar a cama;
- Solicitar o pessoal da limpeza para realizar a limpeza e desinfecção concorrente;
- Recolher os materiais;
- Desprezar a água do balde de coleta no vaso sanitário da enfermaria/quarto, sem respingar;
- Retirar EPI;
- Recompor a enfermaria ou quarto e o cliente;
- Colocar o paciente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado ao material usado (segregação correta de resíduos);
- Higienizar as mãos, conforme a orientação da CCIRAS.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Corporal				CÓDIGO POP – 3.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 05	

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

08- OBSERVAÇÕES:

- Determinar o número de profissionais necessários para dar o banho no cliente acamado, de acordo com a sua gravidade, o seu porte físico e a sua capacidade de mobilização e de auxílio;
- Avaliar o risco de ressecamento da pele, principalmente em pessoas idosas;
- **Antes do banho:**

- Administrar analgésicos, conforme prescrição médica, quando o cliente manifestar sinais de dor à mobilização;
 - Suspende a dieta enteral entre 15 e 30 minutos antes de iniciar o banho, quando em uso, para evitar refluxo gastroesofágico e desconforto durante o banho;
 - Aspirar as secreções das vias respiratórias superiores e inferiores em clientes intubados e hipersecretivos;
 - Oferecer comadre ou papagaio para que o cliente urine antes do banho, quando este não estiver com cateter vesical de demora.
 - Esvaziar as bolsas coletoras de estomas e drenos, quando presentes;
 - Remover sujidades, como fezes, vômitos e secreções.
- **Durante o banho:**
 - Observar a integridade dos curativos em placas aderidos à pele. Retira-los quando não íntegros, mesmo antes do período recomendado pelos fabricantes;
 - Não massagear a pele sobre proeminências ósseas;
 - Não massagear as áreas que se encontram hiperemiadas;
 - Evitar molhar demasiadamente o cliente e o leito, pelo risco de hipotermia, de translocação de micro-organismos, de encharcamento do colchão e de oxidação das estruturas da cama.
 - **Após o banho:**
 - Trocar a fixação da cânula traqueal, dos cateteres enteral e gástrico e dos dispositivos vasculares;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Corporal				CÓDIGO POP – 3.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 de 05	

- Trocar o sistema de infusão de soroterapia e medicamentos, conforme POP 17.1;
- Hidratar a pele e os lábios do cliente com solução padronizada pela instituição;
- Adotar medidas que proporcionem conforto ao cliente;
- Colocar os dispositivos de posicionamento e de prevenção de úlcera por pressão;
- Realizar os curativos de feridas, limpeza e desinfecção da cama e colchão;
- Orientar e ensinar a família sobre os cuidados de higiene que deverão ser prestados no hospital e continuados em domicílio;
- Proporcionar boa aparência.

REFERÊNCIAS:

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

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

ELABORADO POR: Rita de Kácia de Sousa					
NOME / ASSINATURA					
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima					
NOME / ASSINATURA					
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes					
NOME / ASSINATURA					
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira					
NOME / ASSINATURA					
		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem			
Higiene Íntima				CÓDIGO POP – 3.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 05

01-DEFINIÇÃO: Higienização da genitália externa feminina ou masculina.

02- OBJETIVO:

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, acadêmicos em enfermagem e medicina sob a supervisão do professor e/ou responsável.

04- INDICAÇÃO:

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

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Íntima				CÓDIGO POP – 3.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 05



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico;
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a escadinha;
- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo;
- Colocar a cama na posição horizontal e abaixar as grades do leito;

- Colocar os EPI;
- Colocar o impermeável coberto com a toalha, transversalmente à cama, sob as nádegas do cliente;
- Colocar o lençol dobrado em diagonal sobre o abdome do cliente com uma das pontas cobrindo a genitália.
- Retirar a calça do pijama, a roupa íntima e/ou fralda descartável;
- Remover as fezes ou secreções com o papel higiênico ou com a compressa úmida com água, desprezando-os no recipiente de descarte;
- Colocar a comadre sob as nádegas;
- Dobrar as pernas e afastar os joelhos;
- Expor a região genital, dobrando a ponta distal do lençol sobre ele mesmo.
- Observar as características da genitália, detectando qualquer tipo de alteração;
- Pegar o jarro com a mão dominante e despejar a água morna sobre a genitália até as raízes das coxas;
- Umedecer a compressa com água e solução degermante;
- Proceder à higienização no cliente masculino ou feminino, conforme os passos a seguir:

6.1 Cliente Masculino:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Íntima				CÓDIGO POP – 3.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 05

6.2 Cliente Feminina:



- Higienizar a região dos grandes lábios, seguida dos pequenos lábios e do sulco interlabial, em sentido anteroposterior e em movimentos únicos;
- Realizar a higiene do meato uretral em movimento circular;
- Proceder à higiene da região perineal no sentido anteroposterior até a região perianal;
- Desprezar a compressa utilizada no recipiente de descarte;

6.3. Finalizando o procedimento (Masculino ou feminino):

- Despejar a água restante da jarra, iniciando pela raiz das coxas estendendo por toda a genitália;

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

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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Íntima				CÓDIGO POP – 3.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 05	



08- OBSERVAÇÕES:

- Respeitar a privacidade e estabelecer vínculo terapêutico com o cliente, a fim de minimizar constrangimento;
- Substituir a comadre por lençóis durante a higienização íntima, quando o cliente apresentar úlceras por pressão em região sacral, com a finalidade de evitar ferir a pele e provocar sangramentos;
- Utilizar a solução degermante antisséptica para a higienização íntima no pré-operatório e no preparo para exames e para cateterismos;

- Manter o cliente acamado com roupa íntima ou fralda para preservar a sua intimidade e evitar sujar ou molhar a cama;
- Realizar a tricotomia dos pelos pubianos após a higiene íntima, conforme POP 3.5. Se for o caso, fazê-la imediatamente ou, no máximo, 2 horas antes da cirurgia, de preferência, utilizando tricotomizadores elétricos.

REFERÊNCIA

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Íntima				CÓDIGO POP – 3.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR:



Rita de Kácia de Sousa

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Tricotomia				CÓDIGO POP – 3.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 e 03

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

02- OBJETIVO: Facilitar a limpeza e a antissepsia da pele e da região a ser operada.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de Enfermagem supervisionados pelos Enfermeiros.



05- INDICAÇÃO: Em caso de cirurgias programadas a tricotomia deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia (no máximo 2 horas antes, e só deve ser feita quando realmente necessária).

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Reunir material e levar ao leito do cliente;
- Orientar cliente e/ou acompanhante sobre o que será feito, certificando da compreensão do mesmo sobre o procedimento a ser realizado;
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Tricotomia				CÓDIGO POP – 3.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Preparar ambiente solicitando a saída do acompanhante e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o cliente e expor a área onde será realizado o procedimento;
- Dispor sabão e água morna na cuba rim;
- Ensaboar a área a ser tricotomizada;



- Tracionar a pele e proceder à tricotomia em movimentos suaves para evitar lesões da pele (a tricotomia deve ser realizada no sentido de crescimento dos pêlos para evitar lesão na pele e foliculite);
- Retirar com a gaze o excesso de pêlos e o sabão do aparelho de barbear;
- Recolher os pêlos com a gaze;
- Providenciar higiene do cliente;
- Ao término, secar a pele, recompor o cliente e a unidade;
- Recolher o material;

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

REFERÊNCIAS:

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

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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Tricotomia				CÓDIGO POP – 3.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	



ELABORADO POR:

Enfª Alessandra Carvalho Santos de Souza

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Enfª Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enfº Lucas Borges de Oliveira

NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene dos Cabelos e do Couro Cabeludo		CÓDIGO POP – 3.6			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01-DEFINIÇÃO: Retirada da sujidade e oleosidade do couro cabeludo e dos cabelos do cliente acamado.

02- OBJETIVO:

- Estimular a circulação do couro cabeludo;

- Prevenir infecções;
- Promover o bem-estar do paciente;
- Manter aparência saudável.

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



04- INDICAÇÃO: Clientes acamados com dificuldades ou impossibilidade para realizar o autocuidado.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

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



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico;
- Higienizar as mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira e o balde sobre a escadinha;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene dos Cabelos e do Couro Cabeludo				CÓDIGO POP – 3.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 04	

- Preservar a privacidade do paciente, protegendo o leito com biombo, se necessário;
- Colocar a cama na posição horizontal e abaixar as grades do leito;
- Colocar os EPI;
- Colocar a toalha de rosto sob os ombros, contornando o pescoço;
- Proteger os ouvidos do cliente com bolas grandes de algodão;

- Solicitar ao profissional auxiliar que erga a cabeça do paciente, mantendo-a posicionada durante todo o procedimento;
- Colocar a bacia sob a cabeça;
- Molhar os cabelos com a jarra de água;
- Colocar o xampu no cabelo distribuindo ao longo dos cabelos;
- Jogar a água com jarro sobre os cabelos, retirando o xampu, quantas vezes forem necessárias;
- Desprezar a água da bacia no balde, se necessário. Retornar com a bacia para posição inicial;
- Colocar o creme condicionador na palma da mão, espalhando pelos cabelos;
- Jogar a água com o jarro sobre os cabelos com uma das mãos e com a outra, ajudar na remoção do creme condicionador;
- Retirar a bacia e coloca-la na escadinha;
- Envolver os cabelos com a toalha;
- Solicitar ao auxiliar que solte a cabeça do cliente;
- Enxugar o couro cabeludo e os cabelos;
- Pentear os cabelos em mechas, iniciando pelas pontas até alcançar o couro cabeludo;
- Retirar os algodões dos ouvidos;
- Dar continuidade a higienização oral, corporal e íntima, se for o caso (observar POP 3.7. 3.3 e 3.4, respectivamente);
- Recolher os materiais;
- Desprezar a água do balde de coleta no vaso sanitário da enfermaria/quarto, sem respingar;
- Retirar EPI;
- Recompôr a enfermaria ou quarto e o cliente;
- Colocar o paciente em posição confortável, adequada e segura;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene dos Cabelos e do Couro Cabeludo				CÓDIGO POP – 3.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Dar destino adequado ao material usado, segregando os resíduos adequadamente;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo do CCIRAS.



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

08- OBSERVAÇÕES:

- Antes de iniciar a higienização do couro cabeludo e dos cabelos, deve desligar a dieta 30 minutos antes de iniciar o procedimento, verificar o posicionamento da sonda nasoesnteral devido a necessidade de baixar a cabeceira;
- Observar e relatar a presença de queda acentuada dos cabelos;
- Cortar os cabelos, a pedido ou por necessidade, somente com autorização escrita do paciente ou de seu responsável.

REFERÊNCIA



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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene dos Cabelos e do Couro Cabeludo				CÓDIGO POP – 3.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Rita de Kácia de Sousa

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Bucal		CÓDIGO POP – 3.7			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

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

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, técnicos em enfermagem e acadêmicos em enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.



03- INDICAÇÃO: Clientes com déficit de autocuidado;

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Explicar ao paciente o que será feito, se paciente consciente;
- Calçar luvas;
- Reunir o material na mesa de cabeceira;
- Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada. Em caso de pacientes inconscientes, colocá-los em decúbito lateral;
- Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente;
- Proceder a limpeza de toda a boca do paciente usando escova de dentes ou espátula envolto em gazes embebidas em clorexidina colutório, aproximadamente 10ml da solução;
- Utilizar bacia ou cuba rim para o paciente "bochechar", se possível;
- Limpar a língua, para evitar que fique seborreica;
- Enxugar os lábios com a toalha;
- Lubrificar os lábios com AGE, para evitar rachaduras;
- Retirar luvas;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares				
	Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros				
Divisão de Enfermagem					
Higiene Bucal				CÓDIGO POP – 3.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 03

- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reconstituir a unidade;

- Anotar no prontuário o que foi feito e anormalidades detectadas.



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

07- OBSERVAÇÕES: Pacientes independentes devem escovar os dentes com material próprio pela manhã e após as refeições. A higiene oral dos pacientes dependentes deve ser realizada três vezes ao dia: tarde, noite e manhã, salvo casos especiais

REFERÊNCIA

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



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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Higiene Bucal				CÓDIGO POP – 3.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR:

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Andreza Monteiro Cavalcante
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Colocação de Dispositivo Urinário (Uropen/Uripem)		CÓDIGO POP – 3.8			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 15/03/2016	Data de Aprovação 15/03/2016	Data de Vigência 03/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É a colocação de um dispositivo em volta do pênis que possui uma abertura na sua extremidade a qual é adaptada ao frasco coletor por meio de um intermediário.

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

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

05- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos (conforme POP 15.3);
- Explicar o procedimento para o paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Promover privacidade do paciente com biombos ao redor do leito;
- Calçar as luvas;
- Retirar excesso de pêlos;
- Examinar estado do pênis;
- Realizar higiene íntima- (conforme POP 3.4);
- Segurar o corpo do pênis com a mão não dominante, enquanto a mão dominante segura o dispositivo na ponta e delicadamente o desenrola sobre o mesmo (no sentido da glândula para a raiz do pênis);

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Colocação de Dispositivo Urinário (Uropem/Uripem)				CÓDIGO POP – 3.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
15/03/2016	15/03/2016	03/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Deixar um espaço de 2 a 5 cm entre a ponta da glândula e a extremidade do dispositivo;
- Fixar com o adesivo do uripem ou uropem de forma circular, porém sem apertar muito o

corpo do pênis;

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



07- DISPOSIÇÕES GERAIS:

- Trocar o dispositivo diariamente ou sempre que necessário;
- A cada troca observar a integridade cutânea da pele na região do pênis.

REFERÊNCIAS:



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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Colocação de Dispositivo Urinário (Uropen/Uripem)				CÓDIGO POP – 3.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
15/03/2016	15/03/2016	03/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR:
Eduardo Rafael de Sousa Neto

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasoenteral		CÓDIGO POP – 4.1			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 04/02/2016	Data de Aprovação 04/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É a introdução através da cavidade nasal/oral de uma sonda de poliuretano ou outro material, a fim de ser posicionada no estômago, duodeno ou jejuno, com objetivo de disponibilizar uma via de acesso para nutrição.

02- OBJETIVO: Indicada para alimentar ou medicar, em pacientes impossibilitados de deglutir.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros.



04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

✓ Bandeja contendo:



- Sonda entérica, variando o número entre 06 a 08 para crianças e 10 a 12 para adultos;
- Gaze;
- Lubrificante hidrossolúvel anestésico;
- Seringa (10 ou 20ml);
- Luvas de procedimento, máscara descartável, óculos protetor;
- Estetoscópio;
- Adesivo para fixação da sonda;
- Saco plástico.

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Explicar ao cliente independente do seu nível de consciência, sobre o que vai ser feito, orientando-o no que poderá ajudar;
- Preparar o ambiente colocando biombo ou fechando a cortina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar a inspeção e a palpação da pele, das fossas nasais e da região paranasal, esta avaliação será feita para detecção de dor, obstrução e desvio do septo nasal;
- Escolher o orifício nasal mais permeável para introduzir a sonda, caso haja sujidades proceder à higiene antes da introdução;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasoenteral				CÓDIGO POP – 4.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Reunir o material, para facilitar o desenvolvimento da técnica;
- Colocar o paciente na posição de Fowler ou semi-sentado, facilitando a entrada da sonda em direção ao esôfago evitando seu desvio para a traqueia;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e daí até o apêndice xifóide, acrescentar mais 20cm, marcando a sonda com o adesivo;
- Colocar o lubrificante hidrossolúvel na gaze;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Lubrificar a sonda;
- Introduzir a sonda através de movimentos firmes e rápidos em uma das narinas ou da boca, em caso de cliente consciente solicitar para o mesmo fazer movimentos de deglutição para facilitar a introdução da sonda;
- Flexionar a cabeça do cliente e introduzir o restante da sonda até a marca do adesivo, se a introdução da sonda apresentar resistência ou em casos de tosse ou cianose retroceda a sonda até a nasofaringe e reintroduza, (está contraindicado a flexão da cabeça em clientes com trauma cervical ou rigidez de nuca);
- Verificar o correto posicionamento da sonda através dos seguintes testes: aspirando com a seringa e observando se há retorno de conteúdo gástrico e/ou inflando com a seringa 20ml de ar e observando através da ausculta com o estetoscópio o aparecimento de um ruído, o estetoscópio deverá ser colocado na região gástrica;
- Retirar o guia;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Fixar a sonda tendo o cuidado de prevenir lesões na asa do nariz;
- Manter a sonda fechada;
- Recolher o material deixando o cliente confortável e a unidade em ordem, mantendo o cliente se possível em decúbito lateral direito para facilitar a migração da sonda;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Solicitar radiografia tórax/abdome para confirmar o correto posicionamento da sonda;
- Confirmar o posicionamento da sonda para a liberação da dieta do cliente;
- Realizar as devidas anotações: data, hora, nº da sonda utilizada, intercorrências, características do retorno da secreção gástrica e solicitação do RX;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasoenteral				CÓDIGO POP – 4.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado;
- Em caso de dificuldades na passagem da sonda, sangramentos ou obstrução nasal, comunicar ao plantonista e realizar o registro no prontuário do cliente.

06- OBSERVAÇÕES:

- Instalar a dieta sempre em Bomba de Infusão, para que a alimentação seja administrada no horário adequado, seguindo o fluxograma estabelecido pelo setor da nutrição;
- Registrar em prontuário e em ficha de balanço hídrico todas entradas (dieta ou água);
- Se a dieta não for administrada, colocar em prontuário o motivo e devolver o mais rápido possível a dieta para o setor de nutrição.
- Lavar sempre a sonda após administração de medicamentos e após o término de cada alimentação enteral com 20ml de água destilada;
- Fechar o equipo da alimentação enteral antes de iniciar o banho do cliente, evitando retorno do conteúdo gástrico e possível broncoaspiração.
- Reabrir o equipo da alimentação enteral após o banho e reposicionamento do cliente no leito.



07- AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE: Em caso de dificuldades na passagem da sonda, sangramentos ou obstrução nasal, comunicar ao médico plantonista e realizar o registro no prontuário do cliente;

REFERÊNCIAS:



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

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

PARECER Nº 120872, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, emissão 2009.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasoenteral				CÓDIGO POP – 4.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04	

ELABORADO POR: Danielle Coutinho de Souza Lins Machado
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasogástrico			CÓDIGO POP – 4.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO: Consiste na introdução de uma sonda de calibre variado, através do nariz (em adultos) ou da boca (em RN e lactentes), até a cavidade gástrica.

02- OBJETIVO:

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros.

04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DA SONDA:



- Explicar ao cliente independente do seu nível de consciência, sobre o que vai ser feito, orientando-o no que poderá ajudar;
- Preparar o ambiente colocando biombo ou fechando a cortina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar a inspeção e a palpação da pele das fossas nasais e da região paranasal, esta avaliação será feita para detecção de dor, obstrução e desvio do septo nasal;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasogástrico				CÓDIGO POP – 4.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Escolher o orifício nasal mais permeável para introduzir a sonda, caso haja sujidades proceder à higiene antes da introdução;
- Elevar a cabeceira da cama (posição Fowler – 45°) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada, se não houver contraindicações;
- Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e dela até à base do apêndice xifoide, marcar com adesivo;
- Calçar as luvas;
- Lubrificar a sonda com lidocaína gel;
- Introduzir a sonda em uma das narinas pedindo ao paciente que degluta e introduzir até a marca do adesivo;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse;
- Para verificar se a sonda está no local, injetar 20ml de ar na sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifóide para ouvir ruídos hidroaéreos, ou analisar o fluxo de suco gástrico aspirando com a seringa de 20ml;
- Sempre que a sonda for aberta, para algum procedimento, dobrá-la para evitar a entrada de ar;
- Fechá-la ou conectá-la ao coletor;
- Fixar a sonda com fita adesiva não tracionando a narina;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Realizar Checagem de Enfermagem, com letra legível;
- Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GAVAGEM:

- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Verificar a temperatura do alimento;
- Retirar o ar do equipo e do frasco, fechá-lo bem e levá-lo até a cabeceira juntamente com o restante do material.
- Posicionar o paciente em posição de Fowler (45°); se não houver contraindicações;
- Orientar o paciente sobre o que lhe vai ser feito;
- Colocar o frasco com alimentação no suporte apropriado;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasogástrico				CÓDIGO POP – 4.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	



- Instalar sempre em Bomba de Infusão, para que a alimentação seja administrada no horário adequado, seguindo o fluxograma estabelecido pelo setor da nutrição;
- Registrar em prontuário e em ficha de balanço hídrico todas entradas (dieta ou água);
- Se a dieta não for administrada, colocar em prontuário o motivo e devolver o mais rápido possível a dieta para o setor de nutrição.

07- OBSERVAÇÕES:

- Lavar sempre a sonda após administração de medicamentos e após o término de cada alimentação com 20ml de água destilada;
- Deixar a sonda aberta ou fechada conforme a finalidade;
- Na **SNG ABERTA**, a sonda deverá ser conectada a uma extensão e frasco coletor; deve-se controlar diariamente o volume e características (cor, presença de grumos ou sangue);
- Manter o paciente em posição de Fowler, se não houver contraindicação, a fim de se evitar esofagite de refluxo;
- Trocar a fixação do esparadrapo sempre que necessário;
- Registre o tipo e o tamanho da SNG, bem como a data, o horário e a via de inserção. Anote também o tipo e a quantidade da aspiração, se houver, descrevendo a drenagem, incluindo a quantidade, cor, característica, consistência e odor;
- Observe a tolerância do paciente ao procedimento;
- Quando remover a sonda, certifique se de registrar a data e o horário;
- Novamente anote a tolerância do paciente ao procedimento;
- Se o paciente apresentar agitação, ansiedade, tosse, cianose, retirar imediatamente a sonda;
- Registrar em prontuário o procedimento realizado, bem como o material utilizado.

REFERÊNCIAS:

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



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Nasogástrico				CÓDIGO POP – 4.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04	

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

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

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

ELABORADO POR: Danielle Coutinho de Souza Lins Machado
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Lavagem Gástrica	CÓDIGO POP – 4.3			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 04/02/2016	Data de Aprovação 04/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É um tratamento médico, que consiste em esvaziar o estômago de seu conteúdo, e especialmente para evacuar tóxicos ingeridos antes da sua absorção digestiva.

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



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros.

04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

05- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Colocar o cliente em posição de semi-fowler;
- Proteger o tórax do cliente com a toalha;
- Calçar as luvas;
- Executar a sondagem nasogástrica conforme técnica orientada no POP 4.2;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Lavagem Gástrica				CÓDIGO POP – 4.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03



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

06- RECOMENDAÇÕES:

- Caso o cliente já esteja sondado, verificar se a sonda está posicionada corretamente, pela confirmação da medida externa, pela aspiração do suco gástrico ou pela ausculta da região epigástrica ao injetar 10 ml de ar.

07- AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

- Em caso de dificuldades na passagem da sonda, sangramentos ou obstrução nasal, comunicar ao médico plantonista e realizar o registro no prontuário do cliente.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Lavagem Gástrica				CÓDIGO POP – 4.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
04/02/2016	04/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

REFERÊNCIAS:

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

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

ELABORADO POR: Danielle Coutinho de Souza Lins Machado
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Vesical de Demora				CÓDIGO POP – 4.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 05

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



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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros.

04- INDICAÇÃO: Drenagem vesical por obstrução crônica, disfunção vesical (bexiga neurogênica), drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas, medida de diurese em pacientes graves, assegurar a higiene perineal e o conforto de pacientes incontinentes de urina e comatosos.



05- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- 01 pacote de sondagem vesical;
- 01 par de luvas estéreis;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 sonda vesical duas vias de calibre adequado;
- Xilocaína gel;
- 02 pacotes de gaze;
- 01 seringa de 20 ml;
- 01 seringa de 20 ml ou 10 ml (deve ter ponta que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda);
- 15-20 ml de água destilada;
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Fita adesiva microporosa;
- Solução antisséptica aquosa (PVPI degermante ou Clorexidina aquosa 0,2%);
- Saco ou lixeira para descarte de material biológico.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Vesical de Demora				CÓDIGO POP – 4.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até o paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com as pernas levemente afastadas;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba redonda, pacotes de gaze sobre o campo estéril, a sonda (testar o balonete);
- Acrescentar aproximadamente 10 ml de xilocaína gel na seringa, tendo -se o cuidado de descartar o primeiro jato e de não contaminar a seringa (pode-se segurá-la com o próprio invólucro e retirar o êmbolo com uma gaze, (apoiando- o no campo). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Dobrar gazes e colocar na cuba com o antisséptico;
- Proceder à antissepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à janela do campo;
- Introduzir a sonda no meato uretral do paciente até retornar urina na cuba rim, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral (isto poderia causar lesão), pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;
- Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;
- Retirar o campo fenestrado;
- Conectar a bolsa coletora na sonda;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Vesical de Demora				CÓDIGO POP – 4.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

- Fixar o corpo da sonda na região inguinal do paciente, tendo o cuidado de não a deixar tracionada;
- Pendurar o saco coletor na lateral do leito;
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Lavar as mãos novamente, retornar e identificar o saco coletor com nome do paciente, data, turno e nome do enfermeiro responsável.

07- REGISTRO: Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar do paciente.



08- OBSERVAÇÃO:

O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos:

- Dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro;
- Antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

09- AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

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

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Vesical de Demora				CÓDIGO POP – 4.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 05	

REFERÊNCIAS.



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

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



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

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. Brasília- DF. 2012. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=216>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2016.

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Cateterismo Vesical de Demora			CÓDIGO POP – 4.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR: Danielle Coutinho de Souza Lins Machado
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Irrigação vesical contínua			CÓDIGO POP – 4.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- OBJETIVO: Instalação de solução para lavagem contínua da bexiga.



02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica de irrigação vesical.

04- MATERIAL NECESSÁRIO: Bandeja, luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção, luva estéril, gaze estéril, biombo, suporte de soro, clorexidina alcoólica, frasco de solução fisiológica 0,9% de 1000ml (rotulado como Solução para Irrigação Vesical) conectado em equipo de macrogotas (se necessário, tubo extensor), impresso para registro e cálice graduado. **Observação:** para instalar a irrigação vesical, é necessário que o paciente esteja com uma sonda vesical de 3 vias.

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Irrigação vesical contínua				CÓDIGO POP – 4.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03

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

06- OBSERVAÇÕES



- A troca do frasco de SF0,9% deve ser feita antes do término do frasco anterior, para evitar obstrução da sonda;
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total e ao término de frasco de SF0,9%, considerando a necessidade de fazer o balanço entre o volume infundido e drenado;
- O preenchimento da planilha balanço hídrico inclui o volume infundido, o volume drenado. Deve ser calculado a diurese parcial e registrado o volume de diurese no plantão;
- Deve-se atentar para sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido;
- Em prescrição médica de retirada da irrigação, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda;
- O equipo de soro deve ser trocado de acordo com as recomendações do CCIRAS (a cada 72 horas).

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Irrigação vesical contínua				CÓDIGO POP – 4.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03	

REFERÊNCIAS

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

ELABORADO POR: Jedaías Silas da Silva
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao paciente submetido a drenagem torácica			CÓDIGO POP – 4.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

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



02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

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

04- MATERIAL NECESSÁRIO: Mesa auxiliar, foco auxiliar, bandeja de pequena cirurgia, dreno de tórax conforme numeração determinada pelo cirurgião, gazes estéreis, fios de sutura, seringa de 10ml com agulha, solução antisséptica, luva estéril, capote, gorro cirúrgico, máscara, anestésico local a 2% sem vasoconstritor, lâmina de bisturi, frascos de sistema de drenagem, soro fisiológico de 500ml, esparadrapo comum, recipiente para lixo.

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir o material necessário e levá-lo à beira do leito;
- Dispor o material sobre a mesa auxiliar;
- Auxiliar o médico no posicionamento do tórax a ser drenado: elevar acima da cabeça e restringir o braço a ser drenado;
- Colocar sobre o campo estéril: fio de sutura, lâmina de bisturi e cateter de drenagem;
- Segurar o anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo;
- Despejar a solução antisséptica na cuba rim;
- Ajustar o foco de luz;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao paciente submetido a drenagem torácica				CÓDIGO POP – 4.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 03

- Preencher o frasco de drenagem com SF 0,9%;
- Após o término do procedimento, descartar o material perfurante/cortante na caixa apropriada e, segregar os demais de forma correta;
- Fazer o curativo no local da inserção;
- Registrar todo o material utilizado, e deixar o paciente e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Identificar o curativo com nome do realizador, data, hora e, por fim, proceder com as anotações de enfermagem no prontuário;
- Providenciar realização de Raio X para verificar posicionamento do dreno.

06- TROCA DO SELO DÁGUA:

- Observar prescrição médica/enfermagem;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Identificar-se ao paciente;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Disponibilizar o material próximo ao cliente;
- Calçar as luvas;
- Anotar o volume drenado;
- Clipar a extensão do frasco coletor;
- Desconectar o frasco de coletor e proteger a estrutura do dreno;
- Desprezar a secreção no cálice graduado;
- Enxaguar o frasco coletor com 500 ml de água destilada;
- Preencher o frasco coletor com 500 ml de água destilada ou SF 0,9%;
- Conectar o frasco coletor;
- Despinçar o dreno e a extensão do frasco;
- Fazer a régua indicando ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor;
- Deixar o cliente confortável;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao paciente submetido a drenagem torácica				CÓDIGO POP – 4.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

- Desprezar o material sujo no expurgo;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Avaliar e anotar: oscilação de líquido na extensão e selo d'água do frasco coletor; débito e aspecto da secreção; e padrão respiratório;
- Realizar anotações necessárias.

REFERÊNCIAS

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

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

ELABORADO POR: Jedaías Silas da Silva					
NOME / ASSINATURA					
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima					
NOME / ASSINATURA					
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes					
NOME / ASSINATURA					
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira					
NOME / ASSINATURA					
		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem			
Assistência de Enfermagem ao Paciente Ostomizado				CÓDIGO POP – 4.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 05



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

02-OBJETIVO: Promover conforto ao paciente com a instituição de cuidados específicos para manter a ostomia saudável, através da avaliação criteriosa e limpeza do estoma, bem como a remoção e troca da bolsa coletora, prevenindo complicações e realizando orientação para o autocuidado, a fim de promover a adaptação e reabilitação biopsicossocial do paciente.

03-PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiro, técnicos de enfermagem e médico.



04- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de Enfermagem ao Paciente Ostomizado				CÓDIGO POP – 4.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Ler o prontuário do paciente para certifica-se do procedimento;
- Lavar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir material em bandeja ou mesa fixa;
- Apresentar-se e orientar paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento que vai ser realizado;
- Avaliar para verificar se será realizado apenas limpeza do estoma ou também a troca da bolsa;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- Proteger a privacidade do paciente fazendo uso do biombo e expondo apenas a área abordada;
- Utilizar os equipamentos de proteção individual;
- Proceder a avaliação da ostomia observando as características gerais do local como cor, aspecto, forma, protrusão, tamanho e ocorrência de lesões e verificar o tipo de bolsa coletora a ser utilizada;
- Proceder a limpeza do estoma, com solução fisiológica 0,9%, irrigando abundantemente para retirar todo o resíduo presente;
- Embeber gazes com solução fisiológica a 0,9% e faça movimentos circulares em volta do estoma e pele da região proximal;
- Realizar a secagem da estoma e pele com gaze estéril através de movimentos suaves e delicados;
- Para realizar a colocação da bolsa coletora deve-se primeiro realizar a mensuração da ostomia, utilizando uma estrutura plástica transparente para medir o seu diâmetro, marcando-o com caneta hidrográfica, tendo o cuidado de não deixar pequeno demais de forma que vá garrotear a ostomia e nem folgado demais para permitir vazamentos de secreções em contato com a pele;
- Com esse molde, desenhar na bolsa o círculo guia na placa adesiva da bolsa coletora conforme o molde, recortando-o com tesoura de ponta redonda;
- Retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares na placa na área da periestomia, para uma melhor aderência. Caso seja necessário utilize um protetor cutâneo;

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Assistência de Enfermagem ao Paciente Ostomizado</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 4.7</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

- Colocar a bolsa preferencialmente com a abertura para baixo;
- Fechar o fundo da bolsa com clamp próprio;
- Quando a bolsa atingir 2/3 de sua capacidade, proceder o esvaziamento da mesma, para que o peso de seu conteúdo não force a parte aderente da bolsa na pele, evitando aparecimento de solução de continuidade na pele e não aconteça o desprendimento da bolsa;
- Para o esvaziamento da bolsa coletora, proteja o lençol com material impermeável, soltando o clamp que a prende na parte inferior, desprezando seu conteúdo em recipiente graduado, para melhor registro de quantidade;
- Realize a lavagem da bolsa com solução fisiológica 0,9% suficiente para retirar todo o resíduo;
- Fechar a bolsa com clamp próprio;
- Observar as características do conteúdo da bolsa e desprezá-lo;
- Sendo necessário retirar a bolsa, levante a parte adesiva da mesma e mantenha a pele bem tensionada, e vá desprezando-a delicadamente;
- Ao final do procedimento, reúna todo o material utilizado, proceda à lavagem das mãos e realize as devidas anotações em prontuário do paciente.

06- RECOMENDAÇÕES:

- Durante a realização de todos os procedimentos de manejo da ostomia, proceder orientação ao paciente e estimular o autocuidado;
- No cuidado com a pele, atenção especial ao paciente idoso, para evitar solução de continuidade por se tratar de pele mais delicada;
- Durante a limpeza da pele, cobrir a ostomia com um pouco de gaze, para absorver o excesso de drenagem;
- A bolsa coletora a ser utilizada deve se adequar as características e ao tipo da ostomia;
- Nas colostomias descendentes as fezes são semissólidas e irritam à pele, sendo necessário utilizar um protetor de pele ao redor da ostomia e a bolsa deve ser colocada firmemente para não descolar;
- As complicações mais comuns das ostomias são: prolapso do estoma, perfuração, retração do estoma, impactação fecal e irritação da pele. Pode ainda ocorrer vazamentos

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de Enfermagem ao Paciente Ostomizado				CÓDIGO POP – 4.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

no local anastomosado causando dor abdominal e rigidez, elevação da temperatura e sinais e sintomas de choque, sendo necessário reparo cirúrgico urgente.

REFERÊNCIAS:



BEZERRA, Isa Menezes, Assistência de Enfermagem ao Estomatizado Intestinal: Revisão Integrativa da Literatura, Ribeirão Preto, 2007. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Área de Concentração: Enfermagem Fundamental. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponoveis/22/22132/.../isamenezesbezerra.pdf>. Acessado em 14 de fevereiro de 2016.

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



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

MARQUES, Graciete S. et al Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem: Cuidados com o paciente portador de Ileostomia e Colostomia, POP CDC N°53 HUPE, UFRJ, 2014. Disponível em: http://www.hupe.uerj.br/Adiministração/AD_Coorden_public. Acessado dia 14 de Fevereiro, 2016.

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de Enfermagem ao Paciente Ostomizado				CÓDIGO POP – 4.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 05 de 05

ELABORADO POR: Meire Cristina P. Silva de Sousa
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de Acesso Venoso Central - AVC				CÓDIGO POP – 4.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/02/2016	18/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

04- INDICAÇÕES:



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

05- CONTRAINDICAÇÕES:

- Infecção ou lesão no local de inserção;
- Trombose da veia em questão;
- Coagulopatias (contra indicação relativa).

06- MATERIAL NECESSÁRIO:



- Avental cirúrgico estéril;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Máscara;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de Acesso Venoso Central - AVC				CÓDIGO POP – 4.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/02/2016	18/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

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

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
- Informar ao paciente o procedimento;
- Preparar o material;
- Colocar os equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Posicionar o paciente em Trendelenburg, com a face voltada para o lado oposto ao da punção;
- Realizar a antisepsia da pele e colocação de campos cirúrgicos;
- Calçar luva estéril;
- Infiltrar a pele com solução anestésica;
- Com uma agulha adaptada a uma seringa contendo solução salina fisiológica, sempre se aplicando uma leve força de aspiração, avançar, num ângulo inclinado de 30° em relação à pele, apontando-a para o mamilo ipsilateral;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de Acesso Venoso Central - AVC				CÓDIGO POP – 4.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/02/2016	18/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

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

08- REGISTRO:

- Todos os procedimentos realizados devem ser devidamente registrados em prontuário.
- O registro deve conter data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento;
- Deve conter: a descrição da justificativa pela realização do procedimento e o aspecto da área da punção;
- Deve ser claro e conciso.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de Acesso Venoso Central - AVC				CÓDIGO POP – 4.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/02/2016	18/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05

09- OBSERVAÇÕES: A escolha da técnica a ser utilizada e do vaso a ser puncionado devem basear-se na condição clínica do paciente, experiência do executor e indicação para a inserção. Os sítios preferenciais são: veia jugular interna (VJI); veia subclávia (VSC) e veia femoral (VF).

REFERÊNCIAS:



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

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



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

ANEXOS:**ANEXO A – Check List do Kit de Acesso Venoso Central - AVC**

QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO
01	Catéter Central Dúplo Lúmem
01	Material Cirúrgico sutura simples
02	Pacotes de Gaze
01	Par de luvas estéreis nº08 e nº7,5
01	Campo cirúrgico fenestrado
01	Seringa de 10cc
01	Fio mononylon

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de Acesso Venoso Central - AVC				CÓDIGO POP – 4.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/02/2016	18/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR: Lidiane Alves de Sousa e Silva
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de acesso venoso periférico				CÓDIGO POP – 4.9	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

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

02- OBJETIVO: Garantir administração efetiva de medicação endovenosa e livre de iatrogenias.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de Procedimento;
- Gelco ou Scalpe;
- Multivias (no caso da utilização de Gelco);
- Álcool a 70%;
- Bolas de Algodão;
- Garrote;
- Fita adesiva impermeável (Micropore ou Esparadrapo);

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Reunir material na bandeja;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Inserir na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;
- Levar a bandeja para o leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Escolher a veia para realizar a punção;
- Realizar a antisepsia com álcool a 70% friccionando da parte distal para a proximal;
- Introduzir o jelco/Scalpe com angulação de 10 a 15° e observar o retorno venoso;
- Fixar o jelco/scalpe com Fita adesiva impermeável (Micropore ou Esparadrapo);

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de acesso venoso periférico				CÓDIGO POP – 4.9	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03



- Retirar o material utilizado e desprezar o Perfurocortantes em local adequado;
- Identificar o acesso venoso periférico (data, nome de quem realizou a punção e numeração do Gelco/Scalpe);
- Observar alguma alteração ao administrar a medicação, caso seja identificado interromper a administração e comunicar ao Enfermeiro do Setor ou Médico responsável;
- Higienizar as mãos;
Realizar a anotação corretamente e checar medicação realizada

06- OBSERVAÇÕES: Atentar para sinais flogísticos, flebite, infiltração subcutânea notificando os eventos em impressos disponibilizados pela Segurança do Paciente e Registrar em Prontuário.



REFERÊNCIAS:

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção de acesso venoso periférico				CÓDIGO POP – 4.9	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Isabele Gouveia Muniz de Alencar
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfº Residentes Lucas Borges de Oliveira / Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de enfermagem no preparo e encaminhamento do corpo após a morte				CÓDIGO POP – 4.10	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 10/12/2015	Data de Aprovação 10/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01-DEFINIÇÃO: Realizar o preparo de corpo do paciente, após o óbito, de maneira segura, e respeitosa.

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



03-PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

04-MATERIAIS NECESSÁRIOS:

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

05-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:



- Lavar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento a família do paciente;
- Providenciar privacidade para o corpo;
- Calçar as luvas de procedimento e se paramentar;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de enfermagem no preparo e encaminhamento do corpo após a morte				CÓDIGO POP – 4.10	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/12/2015	10/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

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

06- OBSERVAÇÕES:

- Evitar erros na identificação do corpo e horário do óbito;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de enfermagem no preparo e encaminhamento do corpo após a morte				CÓDIGO POP – 4.10	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 10/12/2015	Data de Aprovação 10/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04

- Promover barreira física, assegurando proteção ao profissional que realiza o procedimento;
- Respeitar a privacidade;
- Manter o contorno natural do rosto;
- Guardar os pertences para entregar aos familiares ou responsável;
- Eliminar os equipamentos desnecessários;
- Evitar ocorrência de vazamento de fluidos corporais, devido risco de exsudação/sangramento;
- Manter organização do ambiente;
- Reduzir transmissão de microrganismos;
- Documentar o cuidado.



07- AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

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



REFERÊNCIAS:

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência de enfermagem no preparo e encaminhamento do corpo após a morte			CÓDIGO POP – 4.10		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/12/2015	10/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR: Enfª Danielle Coutinho de Sousa Lins Machado
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Tópica		CÓDIGO POP – 5.1			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 01/02/2016	Data de Aprovação 01/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos localmente, mais frequentemente na pele íntegra. A medicação é absorvida através da camada epidérmica para a derme.

02- OBJETIVO: Utilizar a pele íntegra para absorver o medicamento e acarretar efeitos locais.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



05- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

06- MATERIAL NECESSÁRIO:



- Prescrição do paciente;
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Espátula / abaixador de língua (se necessário);
- Luvas;
- Gazes esterilizadas;
- Solventes (óleo mineral, por exemplo).

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, risco aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Proporcionar privacidade;
- Explicar o procedimento ao paciente, pois após a alta hospitalar ele pode ter que aplicar sozinho a medicação;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Tópica				CÓDIGO POP – 5.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS e enluvar a sua mão dominante;
 - Ajudar o paciente a ficar em uma posição confortável que permita acessar a área a ser tratada;
 - Expor a área a ser tratada.
 - Certificar-se de que a pele ou a mucosa esteja intacta (exceto se a medicação tenha sido indicada para tratar uma lesão na pele, como uma úlcera). A aplicação de medicação em pele quebradiça ou escoriada pode provocar absorção sistêmica não desejada e resultar em irritação posterior;
 - Se necessário, limpe a pele de detritos, inclusive crostas e medicação anterior. Trocar a luva caso ela fique suja;
- ✓ Aplicação de pasta, creme ou pomada:
- Abrir o recipiente. Posicionar a tampa ou a capa virada para baixo para prevenir a contaminação da superfície interna;
 - Remover o abaixador de língua de seu envoltório e cobrir uma das extremidades com a medicação do tubo ou pote. Então transferir a medicação do abaixador de língua para a sua mão enluvada;
 - Aplicar a medicação na área afetada com longas e suaves fricções que sigam a direção do crescimento dos pelos. Evitar a pressão excessiva quando aplicar a medicação para não causar abrasão na pele;
 - Para evitar a contaminação da medicação, usar um novo abaixador de língua cada vez que for remover a medicação do recipiente.
- ✓ Remoção de pomada:
- Lavar as mãos; em seguida friccionar solvente nelas e aplicar livremente na área afetada na direção do crescimento dos pelos. Alternadamente, saturar uma compressa de gaze com o solvente e usar esta compressa para remover suavemente a pomada. Remover o excesso de óleo esfregando suavemente a compressa de gaze na área afetada.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Tópica				CÓDIGO POP – 5.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- ✓ Aplicação de outras medicações tópicas:
 - Aerossóis atomizados: Sacudir o recipiente, se indicado, para misturar completamente a medicação; segurar a medicação entre 15 a 30cm da pele; borrifar a medicação uniformemente sobre a área afetada de modo a aplicar uma fina camada;
 - Pós: Secar a superfície da pele, certificando-se de esticar as dobras onde se concentra a mistura. Então aplicar uma fina camada de pó sobre a área afetada.

- ✓ Finalização do procedimento:
 - Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
 - Desprezar os resíduos;
 - Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
 - Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
 - Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
 - Registrar a medicação aplicada, o horário, a data e o local de aplicação, além da condição da pele do paciente por ocasião da aplicação. Observar e registrar os efeitos subsequentes da medicação, caso ocorram.
 - Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.



08- OBSERVAÇÕES:

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

REFERÊNCIAS



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

SCHULL, P.D. Enfermagem básica: teoria e prática. 3º ed. São Paulo: Rideel

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Tópica				CÓDIGO POP – 5.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

ELABORADO POR: Vanessa Fausto Guimaraes
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Oral				CÓDIGO POP – 5.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

22/12/2015	22/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF



05- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Oral				CÓDIGO POP – 5.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

22/12/2015	22/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

08- OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar o medicamento direto em sua boca (necessidade do uso de luva de procedimento) e verificar sua efetiva deglutição;
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa;
- Verificar se o paciente ingeriu a medicação;
- Essa via é contra indicada em pacientes comatosos ou com dificuldade de deglutição e naqueles que apresentam náuseas e vômitos;
- Apresentação em pó deve ser diluída antes de ser ingerida;
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento;
- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Preparo e Administração de Medicação por Via Oral</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 5.2</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	

22/12/2015	22/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- 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.

REFERÊNCIAS



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

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

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



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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Oral				CÓDIGO POP – 5.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

22/12/2015	22/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Renata Santana Rodrigues
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Sublingual				CÓDIGO POP – 5.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos na mucosa oral, sob a língua.

02- OBJETIVO: Absorver a medicação de forma mais rápida; administrar medicamento que é inativado pelo suco gástrico.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



05- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Sublingual				CÓDIGO POP – 5.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- 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 realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.



08- OBSERVAÇÕES:

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

REFERÊNCIAS



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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Sublingual				CÓDIGO POP – 5.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

ELABORADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Andreza Monteiro Cavalcante
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação e Administração de Medicamentos via Retal (Supositório e Enterocлизма)		CÓDIGO POP – 5.4			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

23/12/2015	23/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

02- OBJETIVO:

- Efetuar o esvaziamento do conteúdo intestinal;
- Utilizar a via retal para a absorção medicamentosa sistêmica;
- Evitar a desativação de função medicamentosa pelas enzimas do estômago;
- Evitar a irritação estomacal;
- Administrar medicamentos quando a via oral não é a de eleição.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



04- INDICAÇÃO: Em atendimento à prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandejas;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Solução com medicamento prescrito;
- Sonda retal;
- Soro
- Biombo
- Forro impermeável;
- Comadre
- Toalha;
- Gaze;
- Gel anestésico (não havendo, pode utilizar vaselina).



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação e Administração de Medicamentos via Retal (Supositório e Enteroclistma)				CÓDIGO POP – 5.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

23/12/2015	23/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, risco aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com nome, dose horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Isolar o leito com biombo;
- Calçar a luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Colocar 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 o medicamento conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Solicitar que o paciente aguarde o máximo de tempo que conseguir sem evacuar;
- Oferecer comadre ao paciente ou encaminhá-lo ao banheiro se não conseguir aguardar;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação e Administração de Medicamentos via Retal (Supositório e Enteroclistma)				CÓDIGO POP – 5.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

23/12/2015	23/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

07- OBSERVAÇÕES:

- Para a realização de **Enteroclisma** (mais que 150 ml de solução) ou **Clister** (até 150 ml de solução): Seguir passos acima descritos.

REFERÊNCIAS:



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

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

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



SILVA, L.D, PEREIRA, S.R.M, MESQUITA, A.M.F, Procedimentos de enfermagem: Semiótica para o cuidado. Rio de Janeiro; Medsi; 2005.

NETTINA, S.M, Prática de Enfermagem. 8ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2007.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação e Administração de Medicamentos via Retal (Supositório e Enteroclisma)				CÓDIGO POP – 5.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

23/12/2015	23/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

ELABORADO POR: Otilia Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Renata Santana Rodrigues
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular		CÓDIGO POP – 5.5			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos no tecido muscular.

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

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



04- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

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



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos aos pacientes;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Separar o material necessário;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular				CÓDIGO POP – 5.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool 70%.
- Fazer a reconstituição com o líquido recomendado, s/n;
- Aspirar o conteúdo do frasco;
- Trocar agulha (25 x 7 ou 30 x 8);
- Retirar o ar da seringa;
- Colocar o rótulo de identificação do medicamento na seringa;
- Reunir o material a ser colocado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir os rótulos com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor a área de aplicação e definir o local de administração;
- Palpar o músculo (medicação local);
- Fazer a antisepsia do local;
- Pinçar com os dedos a pele ao redor do local de administração;
- Inserir a agulha da injeção em um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- Aspirar lentamente o êmbolo da seringa e certifica-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar lentamente o conteúdo da seringa;
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante em local apropriado;
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular				CÓDIGO POP – 5.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Checar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.



07- CUIDADOS RELACIONADOS:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar o enfermeiro responsável e/ou médico;
- Realizar rodizio nos locais de aplicação;
- Não reencapar a agulha;
- Músculos indicados para a administração e volume permitido em adulto são:
 - Vasto lateral da coxa: até 4 ml.
 - Região Dorso Glútea – Quadrante Superior Externo: até 5 ml.
 - Região Ventre Glútea: até 4 ml.
 - Deltóide: até 2 ml.

REFERÊNCIAS:

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

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009. KOCH. R.M. et. Al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 22ª edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intramuscular				CÓDIGO POP – 5.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

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

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Nilciane Amélia Mesquita
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Subcutânea				CÓDIGO POP – 5.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01-DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos por baixo da derme, no tecido conjuntivo.

02- OBJETIVOS: Administrar vacinas, adrenalina, insulina e anticoagulantes; Lentificar o tempo de absorção sistêmica do medicamento administrado.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Em atendimento à prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Bandeja, luvas de procedimento, agulha para aspiração, agulha 13x 4,5, seringa de 1 ml, gaze estéril, álcool a 70%, medicamento prescrito, clorexidina alcoólica.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa;
- Colar o rótulo de identificação no medicamento;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Realizar a higienização das mãos;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Subcutânea				CÓDIGO POP – 5.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antisepsia do local.
- Pinçar com os dedos a pele do local de administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Inserir em único movimento a seringa com a agulha 13x4,5mm no tecido subcutâneo em um ângulo de 90°;
- Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa (soltar a prega do tecido);
- Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
- Aplicar leve compressão ao local com gaze;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro cortante no Descarpax® (sem desconectar a agulha da seringa e sem reencapá-la);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

07- OBSERVAÇÕES:

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

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Preparo e Administração de Medicação por Via Subcutânea</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 5.6</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	

29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

REFERÊNCIAS

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



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

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

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

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



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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Subcutânea				CÓDIGO POP – 5.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

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

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Camila Carvalho
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intradérmica				CÓDIGO POP – 5.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos na derme.

02- OBJETIVOS: Realizar teste de sensibilidade; realizar o PPD.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



04- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica, ou programa de prescrição instituído no Hospital Universitário do Vale do São Francisco/ HU-UNIVASF.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos aos pacientes;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente.
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Fazer a desinfecção no frasco ou ampola com algodão umedecido em clorexidina alcoólica ou álcool 70%.
- Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
- Reunir o material a ser colocado na bandeja;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intradérmica				CÓDIGO POP – 5.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar e explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a antissepsia do local com gaze umedecida em álcool 70%;
- Distender a pele do local de aplicação;
- Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15 graus, quase paralelamente à superfície da pele;
- Injetar lentamente, empurrando o bisel com a mão oposta à que segura a seringa, observar a formação de pápula;
- Retirar a agulha;
- Orientar o paciente para não coçar o local;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Descartar o material perfuro em local adequado;
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme a orientação da CCIRAS;
- Checar o horário de administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

07- CUIDADOS RELACIONADOS:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intradérmica				CÓDIGO POP – 5.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Administrar um volume máximo de 0,5 ml;
- A injeção Intradérmica pode ser feita sem antisepsia para não interferir na absorção do medicamento;
- Os locais para aplicação Intradérmica são: a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- Não se deve fazer massagem no local após a aplicação.



REFERÊNCIAS:

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

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

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intradérmica				CÓDIGO POP – 5.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

13/01/2015

13/01/2015

01/2016 a 12/2017

01/2018

1

04 de 04

ELABORADO POR:

Otília Maria Reis Sousa Tinel

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR;**

Nilciane Amélia Mesquita



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intravenosa		CÓDIGO POP – 5.8			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01- OBJETIVO: Garantir administração efetiva de medicação Intravenosa e livre de iatrogenia.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

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

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intravenosa				CÓDIGO POP – 5.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.



30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Colar na seringa a etiqueta de identificação do medicamento;
- Levar a bandeja para o leito do paciente e acomodá-la na mesa auxiliar;
- Se necessário, puncionar uma via periférica conforme **POP 4.9**;
- Explicar o procedimento ao paciente, se possível;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o paciente na posição mais adequada, se possível;
- Limpar a conexão do acesso venoso com álcool a 70%;
- Remover a tampinha da torneirinha ou do cateter, protegendo-a com gaze estéril ou administrar medicamento pelo ejetor lateral do equipo (y);
- Desconectar a agulha de proteção da seringa;
- Conectar a seringa com medicamento ao acesso venoso;
- Bloquear o acesso do soro durante a administração do medicamento;
- Tracionar o êmbolo da seringa até refluir pequena quantidade de sangue;
- Administrar medicação de forma segura, sempre observando o paciente, caso apresente alguma reação, interromper a medicação e informar ao Enfermeiro/Médico.

06- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

07- OBSERVAÇÕES:

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



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intravenosa				CÓDIGO POP – 5.8		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	

30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

- Manter o medicamento com identificação e em local adequado;
- Verificar e respeitar a validade do medicamento;
- O aprazamento deverá ser realizado pelo Enfermeiro;
- Geralmente, os tempos de administração de medicamento por via Intravenosa são classificados em:
 - Bolus: realizada em até 1 min;
 - Infusão rápida: entre 1 e 30 min;
 - Infusão lenta: entre 30 e 60 min;
 - Infusão contínua: em tempo superior a 60 min, ininterruptamente;
 - Infusão intermitente: em tempo superior a 60 min, não-contínua.
- Equivalências
 - 1mL= 20 gotas= 60 microgotas;
 - 1microgota/min= 1mL/h;
 - 1mg= 1000µg;
 - 1 gota= 3 microgotas.



REFERÊNCIAS:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparo e Administração de Medicação por Via Intravenosa				CÓDIGO POP – 5.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

ELABORADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfº Residente Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Medicação por Via Ocular			CÓDIGO POP – 5.9		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

21/12/2015	21/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01-DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região ocular.

02- OBJETIVO: Padronizar a técnica de administração de medicamento (antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificantes) na região dos olhos.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Bandeja, lenço de papel ou gaze, medicamento, álcool a 70% e luva de procedimento.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Colocar a identificação no medicamento;
- Realizar a higienização das mãos.
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e coloca-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente, se possível;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente e a prescrição médica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Solicitar que o paciente olhe para cima e depositar o medicamento no saco conjuntival;
- Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Medicação por Via Ocular				CÓDIGO POP – 5.9	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.

Emissão 21/12/2015	Aprovação 21/12/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	02 de 03
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------

- Solicitar ao paciente que movimente o globo ocular com as pálpebras cerradas e com o pescoço em hiperextensão.
- Posicionar o paciente de forma que o pescoço fique em leve hiperextensão;
- Limpar os olhos com gaze do canto interno para o externo (não pode ter secreção);
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Lavar a cuba rim com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.



07- OBSERVAÇÕES:

- Não colocar a medicação diretamente na córnea;
- Pomadas são aplicadas depositando uma fina camada no saco conjuntival do canto interno para o externo, seguindo as indicações descritas acima.
- 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.

08- REFERÊNCIAS:

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

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

	<p>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p>Administração de Medicação por Via Ocular</p>			<p>CÓDIGO POP – 5.9</p>		
<p>ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>					
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.



Emissão 21/12/2015	Aprovação 21/12/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	03 de 03
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------

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

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

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

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Erick Bruno Barros Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
	Preparo e Administração de Medicação por Via Auricular	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem		

Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos em gotas ou em pomadas na região Auricular.

02- OBJETIVO: Preparar o paciente para exames auriculares; administrar medicação prescrita em pacientes em tratamento de patologias otológicas, para diminuir o cerúmen, ou aliviar a dor.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



05- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Prescrição do paciente;
- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Álcool a 70%;
- Luva de procedimento.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, risco aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente, pois após a alta hospitalar ele pode ter que aplicar sozinho a medicação;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Calçar as luvas de procedimento na presença de secreção;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Auricular		CÓDIGO POP – 5.10
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem		

Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Segurar a porção superior do pavilhão auricular, puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás;
- Observar presença de secreção, se houver, o canal auditivo deve ser cuidadosamente limpo com gaze;
- Pingar a quantidade prescrita do medicamento (não encostar no paciente);
- Pedir ao paciente para permanecer com a cabeça lateralizada por 3 minutos e supervisionar;
- Administrar a medicação no ouvido paralelo se estiver prescrito, e repetir o mesmo procedimento;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Registrar a medicação aplicada, o horário, a data e o local de aplicação, além da condição do ouvido do paciente por ocasião da aplicação. Observar e registrar os efeitos subsequentes da medicação, caso ocorram.
- Fazer anotação de Enfermagem, se houver intercorrências.

08- OBSERVAÇÕES:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Auricular		CÓDIGO POP – 5.10
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem		



Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/02/2016	01/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

REFERÊNCIAS

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

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

ELABORADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Andreza Monteiro Cavalcante
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Nasal		CÓDIGO POP – 5.11
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem		

Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
21/12/2015	21/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É a administração de medicamentos de forma líquida no orifício nasal.

02- OBJETIVOS:

- Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias e/ou infecciosas do trato aéreo superior;
- Servir de meio de administração medicamentoso com absorção sistêmica.
- Aliviar a congestão nasal.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Lenço de papel ou gaze, conta-gotas, medicamento prescrito, luva de procedimento e bandeja.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Conferir os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%
- Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
- Realizar a higienização das mãos. conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente;
- Informar o procedimento ao paciente, se possível;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;

	<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>	
	<p align="center">Preparo e Administração de Medicação por Via Nasal</p>	
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>		

Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
21/12/2015	21/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03



- Solicitar para que o paciente limpe as narinas com lenço de papel (na ausência deste, gaze);
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira, solicitando que incline a cabeça para trás;
- Pingar as gotas nas narinas, sem tocá-las com frasco medicamentoso;
- Orientar ao paciente para permanecer na mesma posição por 2 minutos;
- Oferecer lenço de papel ou gaze para o paciente colocar debaixo do nariz, mas solicitar para não assuar durante alguns minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ser absorvido;
- Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar os resíduos;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Fazer anotação de enfermagem, se houver intercorrências.

07- 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;

REFERÊNCIAS:

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Nasal		CÓDIGO POP – 5.11
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem		

Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
21/12/2015	21/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03



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

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

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

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

ELABORADO POR: Otília Maria Reis Sousa Tinel
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Erick Bruno Barros Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Vaginal		CÓDIGO POP – 5.12

ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- DEFINIÇÃO: É o ato de preparar medicamentos a serem administrados intravaginal e administrá-los, sob a forma de supositórios, comprimidos, geleias, cremes e pomadas.

02- OBJETIVOS:

- Preparar para cirurgias do órgão reprodutor;
- Tratar e/ou prevenir processos inflamatórios e infecções;
- Fazer reposição hormonal.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Em atendimento a prescrição médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Bandeja, Medicamento prescrito, Prontuário, Caneta, Aplicador tubular com êmbolo, Gaze, Luvas de procedimento, Absorvente higiênico, Biombos - quando necessário, Compressa não estéril.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- **1ª ETAPA: PRÉ-EXECUÇÃO:**
 - Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
 - Conferir prescrição e prazo de validade, bem como os nove certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa s/n, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
 - Fazer e colocar o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
 - Realizar a desinfecção do balcão e da bandeja com álcool a 70%;
 - Reunir o material a ser utilizado na bandeja;
 - Realizar a higienização das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
 - Levar a bandeja até a unidade do paciente;
 - Informar o procedimento ao paciente, se possível;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Preparo e Administração de Medicação por Via Vaginal		CÓDIGO

ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

- Calçar luvas de procedimento;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Colocar em uma bandeja o medicamento com a identificação. Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos e etc) diante do cliente;
- Conferir o nome completo do cliente, leito, medicamento e via de administração;
- Explicar ao cliente e ao acompanhante o procedimento e informar sobre o medicamento a ser administrado;
- Garantir a privacidade do cliente solicitando que os acompanhantes aguardem do lado de fora do quarto ou permitir a presença de um, se administrador for do sexo masculino ou paciente menor de idade;
- Proteger o leito com biombos ou cortinas, se necessário;
- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente;
- **2ª ETAPA: EXECUÇÃO:**
 - Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;
 - Deixar o medicamento preparado para a administração por meio do aplicador;
 - Orientar posição ginecológica ou posicionar o paciente (deitada, com as pernas fletidas e abertas) expondo apenas os genitais;
 - Realizar higiene íntima com água e sabão, se necessário;
 - Entreabrir os pequenos lábios com a mão não dominante, visualizando o vestíbulo vaginal, mantendo-o aberto;
 - Pegar o aplicador tubular com o medicamento com a mão dominante;
 - Comunicar à cliente da introdução do aplicador, pedindo que a mesma inspire lentamente para maior relaxamento;
 - Introduzir cuidadosamente o aplicador tubular em direção ao sacro, no sentido para baixo e para trás até o fundo da cavidade vaginal (máximo de 10cm) e empurrar o êmbolo;
 - Retirar o aplicador tubular e colocar o absorvente higiênico sob a roupa íntima da cliente;
 - Orientar a cliente que permaneça em decúbito dorsal por 15 a 20min para melhor absorção do medicamento;

Preparo e Administração de Medicação por Via Vaginal				CÓDIGO POP – 5.12	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 05



- Observar as reações do cliente;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Deixar o cliente em posição confortável e a unidade em ordem;
- Retirar a luva, virando-a e deixando o lado interno da luva para fora;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a recusa, reações do cliente, dor, presença de secreção ou sangramento, etc.;
- Checar a prescrição médica conforme normativa.

07- OBSERVAÇÕES:

- O aplicador é de uso individual;
- Usar aplicador apropriado em clientes com hímen íntegro;
- Em pacientes deambulantes, os medicamentos prescritos por via vaginal devem ser administrados de preferência ao dormir (a posição deitada favorece a retenção do medicamento);
- Para administração de medicação por esta via, em menores de idade, é imprescindível a presença de um responsável;
- Caso a técnica seja realizada por um profissional do sexo masculino é obrigatório a presença de uma testemunha do sexo feminino.

08- CUIDADOS RELACIONADOS:

- Checar o medicamento após a sua administração e se não foi administrado circular o horário e anotar o motivo;
- Se o medicamento for dado fora do horário prescrito, checar o novo horário de administração e anotar o motivo;
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou médico;
- Se reação alérgica e colateral: interromper o procedimento e comunicar a enfermeira;
- Lesão de mucosa: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Evitar exposição inadequada: posicionar adequadamente a cliente.

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
--	--	---

Preparo e Administração de Medicação por Via Vaginal				CÓDIGO POP – 5.12	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05

REFERÊNCIAS:

BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

LECH, J. (org). Manual de procedimentos de enfermagem. São Paulo: Martinari, 2006

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

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

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

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

Preparo e Administração de Medicação por Via Vaginal				CÓDIGO POP – 5.12	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR:

Carla Eliza Ferraz de Oliveira

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR:

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR:

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

Divisão de Enfermagem					
Instalação e Administração de Nutrição Parenteral				CÓDIGO POP – 6.1	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

- 1- **OBJETIVO:** Padronizar a técnica de administração da Nutrição Parenteral (NP) em todos os setores do hospital que utilizam desse meio como fonte de oferta a reposição de proteínas, vitaminas e sais minerais necessários ao equilíbrio dietético do paciente.
- 2- **DEFINIÇÃO:** A NP é uma solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, sendo estéril e apirogênica. A mesma é acondicionada em recipiente de vidro ou plástico. Destinada à administração intravenosa em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar; visa a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas, em casos de desnutrição, anorexia, ingestão alimentar inadequada, dentre outras situações e devido à impossibilidade de tolerância à alimentação por via enteral decorrente de cirurgias do trato gastrointestinal.
- 3- **PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:** Enfermeiros habilitados e capacitados para administrar a NP.
- 4- **DIRETRIZES:** Utilizar técnica asséptica, evitando contaminação, conforme orientação da CCIRAS.
- 5- **MATERIAL NECESSÁRIO:**
 - 01 bomba de infusão;
 - Equipamento de nutrição parenteral estéril;
 - Nutrição Parenteral Total;
 - 01 par de luvas estéreis;
 - Máscara descartável;
 - Álcool 70%;
 - Pacote de Gaze Estéril
- 6- **PROCEDIMENTO:**
 - Orientar ao paciente sobre o procedimento antes de executá-lo;
 - Solicitar a NP junto à farmácia;
 - Reunir todo o material;

Divisão de Enfermagem					
Instalação e Administração de Nutrição Parenteral				CÓDIGO POP – 6.1	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Colocar máscara descartável;
- Lavar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Calçar luvas estéreis;
- Conectar o equipo na bolsa de nutrição parenteral;
- Fechar a pinça do equipo;
- Instalar o equipo na bomba de infusão;
- Abrir a pinça do equipo e preencher 1/3 da cápsula de gotejamento do equipo;
- Preencher toda a extensão do equipo com a nutrição parenteral através da bomba de infusão;
- Fazer antisepsia da extremidade do cateter venoso central com álcool a 70 %;
- Conectar a extremidade do equipo na extremidade do acesso venoso central;
- Conferir a vazão prescrita e programar na bomba de infusão;
- Desprezar material utilizado em local apropriado;
- Manter a unidade organizada;
- Lavar as mãos;
- Checar procedimento no prontuário;
- Manter vigilância sobre a vazão e programação de início e término da NP.

7- OBSERVAÇÕES E CUIDADOS PARA INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DA NP:

- Conferir antes de instalar a NP: nome do paciente, número do leito, volume, validade da NP, a integridade da embalagem e se existe a presença de partículas estranhas na NP;
- Avaliar permeabilidade do cateter venoso central e seu local de inserção antes e durante a NP;
- A NP deve ser instalada em via exclusiva, não deve ser administrada junto com medicações, sangue ou outras soluções na mesma via. A necessidade excepcional da utilização da via da NP para administração de qualquer outra solução injetável, só pode ser feita após aprovação formal da Equipe Multiprofissional que assiste o paciente;
- No momento da administração, a NP deve estar em temperatura ambiente;
- Atentar para complicações da NP (hiperglicemia, hipoglicemia, infecção na inserção do cateter e na manipulação do mesmo durante a instalação da NP para não tracionar o cateter);
- Verificar Sinais Vitais e glicemia capilar antes de instalar a NP;
-

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros					
Divisão de Enfermagem					
Instalação e Administração de Nutrição Parenteral				CÓDIGO POP – 6.1	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão 23/11/2015	Data de Aprovação 23/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04

- Deve-se trocar equipo após cada infusão ou com 24 horas no caso de infusão única ou conforme orientação da CCIRAS;
- Deve-se manter controle rigoroso sobre os curativos de cateteres observando sinais flogísticos, extravasamentos e demais alterações;
- Registrar o controle sobre diurese, vômitos, diarreia, outras perdas e intercorrências com o paciente em prontuário;
- Ao fim da solução ou em casos de interrupção brusca e inadvertida da NP, deve-se instalar Soro Glicosado a 10% até que o próximo frasco de NP esteja disponível, comunicando imediatamente ao médico a fim de evitar hipoglicemia;
- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente, quanto ao: peso, sinais vitais, balanço hídrico, glicosúria e glicemia, entre outros;
- Conservação: é a manutenção em condições higiênicas e sob refrigeração controlada à temperatura de 2°C a 8°C da NP, assegurando sua estabilidade físico química e pureza microbiológica.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria N° 272 de 8 de abril de 1998**. Dispõe sobre a regulamentação técnica da Nutrição Parenteral. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SNVS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_272.pdf>. Acesso em: 14/06/2015.

COFEN. **Resolução N°453 de 16 de janeiro de 2014**. Dispõe sobre a atuação técnica da equipe de enfermagem em triagem nutricional.

CAIADO, SR. **Instalação e Administração de Nutrição Parenteral**. Procedimento Operacional Padrão – POP. Maio/2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/95158933/POP-Instalacao-e-Adm-NPP>>. Acesso: 15/07/2015.

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Instalação e Administração de Nutrição Parenteral			CÓDIGO POP – 6.1		
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão 23/11/2015	Data de Aprovação 23/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04

ELABORADO POR:

Maurício Santana Sampaio



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enf^o Residente Lucas Borges de Oliveira**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Instalação e Administração de Nutrição Enteral				CÓDIGO POP – 6.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 04

01-DEFINIÇÃO: Considera-se nutrição enteral o alimento para fins especiais, rico em nutrientes, que poderá ser administrado de maneira contínua, intermitente ou em “bolus” considerando o estado do paciente, localização da sonda, tipo de dieta, necessidades nutricionais e alimentação por via oral concomitante.

02- OBJETIVO: Melhorar o aporte nutricional e o estado geral do paciente.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: A execução é feita por técnicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e estudante do curso de técnico de enfermagem sob a supervisão do professor e/ou responsável.

04- INDICAÇÃO:



- Clientes que não podem ou não conseguem deglutir;
- Clientes com indicação de complementação nutricional;
- Clientes graves e intubados;
- Clientes com vômitos persistentes e lesões gástricas.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luvas de procedimento;
- Frascos com nutrição enteral prescrita;
- Equipamento próprio para nutrição enteral;
- Estetoscópio;
- Suporte de soro;
- Copo com água;
- Seringa de 20 mL;
- Bomba de infusão.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Explicar o procedimento a ser realizado e orientar o paciente e/ou o familiar, sobre a importância do procedimento;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Instalação e Administração de Nutrição Enteral				CÓDIGO POP – 6.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 04	

- Consultar a prescrição médica e verificar o rótulo da dieta;
- Higienizar das mãos, conforme orientação do CCIRAS;
- Preparar o material;
- Preparar o paciente colocando-o semi-sentado com cabeceira elevada a 30°;
- Colocar as luvas de procedimento;
- Confirmar o posicionamento da sonda;
- Aspirar conteúdo da sonda antes de iniciar a administração da dieta;
- Verificar volume aspirado, caso o volume seja superior a 50 do volume a ser administrado, não administrar a dieta;
- Programar a bomba de infusão;
- Instalar o frasco da dieta no suporte de soro e preencher o equipo com a dieta;
- Lavar a sonda com 20 ml de água potável;
- Conectar o equipo da dieta a sonda e administrar a dieta por bomba de infusão, conforme prescrição, de forma contínua ou intermitente;
- Monitorar a infusão da dieta;
- Ao término da dieta, pinçar a sonda, retirar o equipo e lavar novamente a sonda com 20 ml de água potável ou administrar 50ml água livre, se prescrita pelo médico;
- Recompor a enfermagem e o cliente;
- Realizar higienização das mãos, conforme orientação do CCIRAS.



07- REGISTRO: Proceder às anotações de enfermagem, como: cooperação do paciente, suspensão da dieta e ocorrências adversas.

08- RECOMENDAÇÕES / OBSERVAÇÕES:

- Manter o cliente posicionado com a cabeceira elevada, para evitar refluxo da dieta e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Desligar a bomba de infusão de dieta enteral quando for necessário abaixar a cabeceira da cama para realizar algum procedimento que estimule o reflexo de tosse;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Instalação e Administração de Nutrição Enteral				CÓDIGO POP – 6.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 04

- Trocar a fixação da sonda se estiver solta, observando a presença de lesões traumáticas ou alérgicas na pele adjacente ao local de inserção e fixação da sonda;
- Higienizar as narinas duas vezes ao dia, quando necessário, com cotonetes ou gazes umedecidas;
- Realizar a higiene bucal a cada 6 horas com creme e escova dental ou com clorexidina colutório, dependendo do nível de consciência do cliente;
- Lavar a sonda com 20ml de água na seringa, sob pressão manual, ao término de cada frasco de dieta e da administração de medicamentos e a cada 6 horas, quando a sonda estiver fechada, a fim de prevenir a sua obstrução;
- Monitorar sinais de broncoaspiração (dispneia, cianose, tosse, queda da saturação de oxigenação e taquicardia) e evidencia radiológica de infiltrados no seguimento broncopulmonar;
- Observar/ relatar/ comunicar sinais de intolerância à dieta ou à sua vazão: distensão abdominal, náuseas/ vômitos e diarreia;
- Não tentar reintroduzir a porção do cateter que foi tracionado acidentalmente. Repassar o cateter novamente e aguardar/ confirmar o posicionamento pós-pilórico;
- Trocar o equipo de dieta a cada 24 horas conforme POP 17.1;
- Realizar contenção mecânica das mãos do cliente que apresentar risco para a tração acidental do cateter enteral, quando prescrito pelo médico e conforme POP 3.2.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Instalação e Administração de Nutrição Enteral				CÓDIGO POP – 6.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 de 04



REFERÊNCIAS:

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

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

UNAMUNO M.R.D.L, MARCHINI J.S. : Sonda nasogástrica/nasoenterica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, ribeirão preto, 35:95 -101, jan./mar. 2002.

ELABORADO POR: Rita de Kácia de Sousa
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Conservação e transporte de Dietas Enterais				CÓDIGO POP – 6.3	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/03/2016	10/03/2016	03/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Apresentar de forma uniformizada os procedimentos para conservação das dietas enterais.

02- OBJETIVO: Garantir a qualidade e integridade na conservação das dietas enterais.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Copeira responsável pela manipulação das dietas enterais e equipe de enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Diariamente.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Touca, luva, máscara, avental, frascos de dieta enteral, etiqueta de identificação, bandeja, geladeira, filtro, dietas enterais, módulos enterais e caixa térmica.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- As dietas enterais industrializadas (após envasadas no frasco plástico descartável) devem ficar em temperatura ambiente por um período máximo de 4 horas;
- Independentemente do tipo de dieta que deverá ser utilizado, a administração deve ser feita à temperatura ambiente. Se a dieta estiver guardada na geladeira, é preciso retirar o frasco e deixá-lo em temperatura ambiente por 30 minutos antes de administrá-lo;
- Toda dieta enteral industrializada preparada, deve ser conservada sob refrigeração, em geladeira exclusiva, com temperatura de 2°C a 8°C;
- As dietas enterais industrializadas que forem abertas e não forem totalmente utilizadas devem ser identificadas com o horário e data, e ser conservada sob refrigeração, em geladeira exclusiva, com temperatura de 2°C a 8°C, por no máximo 24hs;
- As dietas enterais industrializadas que não forem administradas no período de 12hs após o preparo devem ser desprezadas;
- O transporte da dieta enteral industrializada preparada deve ser feito, em caixa térmica de modo a garantir que a temperatura se mantenha de 2°C a 8°C durante o tempo de transporte, que não deve ultrapassar 2 horas, além de ficarem protegidas de intempéries e da incidência direta da luz solar;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Conservação e transporte de Dietas Enterais				CÓDIGO POP – 6.3	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/03/2016	10/03/2016	03/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 03



- Deve ser preenchido no caderno de protocolo as dietas enterais industrializadas entregues nos setores com as especificações dos pacientes. As mesmas devem ser entregues ao enfermeiro responsável pelo setor, o qual deve conferir e assinar no caderno de protocolo o recebimento das dietas com data e horário;
- **Equipe de Enfermagem:**
 - Deve-se administrar a dieta no horário prescrito, evitando deixar a dieta em bancadas por um longo período de tempo;
 - Qualquer mudança: suspensão, inclusão ou modificação da dieta deve ser comunicada ao setor de nutrição/copa;
 - **Em casos de não administração da dieta deve-se anotar em prontuário o motivo e devolver imediatamente a dieta para a copa, ligando para o ramal da copa ou da nutrição clínica (6547 e 6537, respectivamente);**

07- REGISTRO: Deve ser registrado diariamente no livro de ocorrências e prontuário do paciente as informações de rotina e/ou intercorrências.

08- CONTROLE DE TREINAMENTOS: Será realizado treinamento a cada 6 meses com a copeira responsável pela manipulação das dietas enterais e suplementação oral, e o controle será realizado mediante assinatura em lista de presença.



REFERENCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em: 14/09/2015.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Conservação e transporte de Dietas Enterais				CÓDIGO POP – 6.3		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica						
Data de Emissão 10/03/2016	Data de Aprovação 10/03/2016	Data de Vigência 03/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03	

NESTLE HEALTH SCIENCE. Manual de orientação nutricional enteral em domicílio: informação e orientação para o paciente domiciliar. Mar/2013. Disponível em: http://www.nestle-nutricao-domiciliar.com.br/Files/documentos/AF_Manual_TNE19032013.pdf. Acessado em: 14/01/2016.

<p>ELABORADO POR: Nutricionista Helânia Virginia Dantas dos Santos Nutricionista Izabelle Silva de Araújo Nutricionista Maiane Alves de Macedo</p>
NOME / ASSINATURA
<p>REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima</p>
NOME / ASSINATURA
<p>APROVADO POR: Jussara Aparecida Corneau</p>
NOME / ASSINATURA
<p>DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira</p>
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Dietas e/ou Líquidos por Via Oral				CÓDIGO POP – 6.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/11/2015	Data de Aprovação 26/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: Consiste em um método de terapia nutricional para auxiliar ou oferecer uma ingestão equilibrada de alimentos e líquidos adequada às necessidades do paciente.

02- OBJETIVO: Fornecer nutrientes para a síntese e manutenção dos tecidos, órgãos e sistemas.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:

- Responsável pela prescrição: Médico e Nutricionista;
- Responsável pela administração: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.



05- INDICAÇÃO:

- Auxiliar na manutenção dos processos metabólicos de pacientes desnutridos ou com alto risco para desnutrição;
- Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita.

06- CONTRAINDICAÇÃO: Pacientes com impossibilidade de alimentação pela via oral.



07- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Recipiente próprio com dieta prescrita;
- Talheres descartáveis fornecidos pelo serviço de nutrição: colheres (colher de sobremesa e/ou sopa), garfo, faca, canudo;
- Papel toalha e/ou campo impermeável; Suporte para alimentação (mesa, bandeja individual ou superfície rígida);
- Equipamento de proteção individual adequado, caso o paciente apresente algum tipo de precaução;
- Lixeira para descarte adequado.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Dietas e/ou Líquidos por Via Oral				CÓDIGO POP – 6.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

08- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Ler a prescrição do paciente, identificando o tipo de dieta prescrita;
- Apresentar- se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, afim da aceitação plena e espontânea da dieta oral;
- Conferir a dieta prescrita com a fornecida pelo serviço de nutrição;
- Estimular sempre que possível o paciente a alimentar-se com a dieta oral fora do leito, preferencialmente sentado em uma cadeira;
- Em caso de restrição do paciente para saída do leito, deve-se obrigatoriamente posicionar o paciente em Fowler de forma confortável antes de iniciar o procedimento;
- Fazer a desinfecção do suporte para alimentação com gaze embebida em álcool 70%;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento, se indicado; ou colocar equipamentos de proteção individual em caso de existência de algum tipo de precaução;
- Abrir o lacre da embalagem dos talheres, colocando-os no suporte para alimentação, próximo ao paciente;
- Caso o paciente apresentar restrição para mobilização dos membros superiores, deve-se oferecer com o auxílio de um talher adequado à dieta oral em pequenas porções, se necessário utilize garfo e faca para cortar os alimentos maiores; repetindo a ação de forma que a dieta seja oferecida ao paciente para sua efetiva mastigação;
- Ao término estimular o paciente a realização da higiene oral;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material nos locais apropriados;
- Realizar a higienização das mãos, conforme o Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Dietas e/ou Líquidos por Via Oral				CÓDIGO POP – 6.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04



09- REGISTRO: Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato da administração da dieta na ficha de observação e /ou evolução de enfermagem.

10- OBSERVAÇÕES:

- A enfermagem quando detectar no paciente a ausência de dentição deve encorajar o uso de prótese dentaria, assim como também solicitar o ajuste da dieta pelo nutricionista;
- Pacientes com alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas, alterações anatômicas de cabeça e pescoço, e/ ou com comprometimentos respiratórios: Estes pacientes podem apresentar como sintoma a disfagia orofaríngea (DO), que é uma alteração no processo de deglutição, podendo ocasionar descontrole das funções de respiração e alimentação, sendo necessária a avaliação do profissional de Fonoaudiologia para reabilitar o processo de deglutição e diminuindo assim, os riscos de aspiração laringotraqueal.
- Pacientes Idosos:
 - Certificar-se que o paciente esteja em alerta e com adequado nível de consciência;
 - O posicionamento global correto: sentado na cadeira ou no leito;
 - Verificar a temperatura da dieta, que não deverá ser muito quente, pois o idoso tem a mucosa oral mais sensível. Dar preferência à dieta em temperatura ambiente;
 - Atentar para episódios de tosse durante ou após a deglutição, mudança na qualidade vocal e dificuldade respiratória, que poderão representar sinais e sintomas de broncoaspiração;
 - Oferecer a dieta em pequenas quantidades, de forma lenta, mantendo a observação constante do processo de deglutição.



REFERÊNCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes Terapia Nutrológica Oral e Enteral em pacientes com Risco Nutricional. 15 de Dezembro de 2008.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Dietas e/ou Líquidos por Via Oral				CÓDIGO POP – 6.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/11/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM. Administração de Dieta Oral. Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 04 de setembro de 2015.

ELABORADO POR: Enf ^a Ianna Gabriela do Nascimento Moura/ Enf ^a Fernanda Valéria Lopes Rocha/Enf ^a Luciana Silva Moraes
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Estocagem de Dietas				CÓDIGO POP – 6.5	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/03/2016	10/03/2016	03/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Apresentar de forma uniformizada os procedimentos para estocagem das dietas enterais.

02- OBJETIVO: Garantir a qualidade e integridade das dietas enterais.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Copeira responsável pela manipulação da dieta enteral.



04- INDICAÇÃO: Diariamente.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Touca, luva, máscara, avental, sabão líquido, álcool em gel, papel toalha.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Armazenar as matérias-primas e as embalagens em local limpo e organizado, de forma a garantir proteção contra agentes contaminantes.
- Observar e respeitar o prazo de validade das dietas;
- Identificar com data e horário as dietas armazenadas após abertas (Validade 24h sob refrigeração);
- Expor as dietas à temperatura ambiente somente pelo tempo mínimo necessário para envase;
- Não utilizar produtos que apresentem características que fujam aos padrões da normalidade quanto à consistência, odor, coloração e integridade física da embalagem;
- Comunicar ao nutricionista da Unidade de Nutrição Clínica qualquer alteração observada nas embalagens e conteúdo das dietas.

07- REGISTRO: Deve ser registrado diariamente no Livro de Ocorrências as informações de rotina e/ou intercorrências.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Estocagem de Dietas				CÓDIGO POP – 6.5	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/03/2016	10/03/2016	03/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 de 03

08- CONTROLE DE TREINAMENTOS: Será realizado treinamento a cada 6 meses com a copeira responsável pela manipulação das dietas enterais e suplementação oral, e o controle será realizado mediante assinatura em lista de presença.



REFERENCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em: 14/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. RDC Nº 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4a3b680040bf8cdd8e5dbf1b0133649b/R ESOLU%C3%87%C3%83O-RDC+N+216+DE+15+DE+SETEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em: 14/09/2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Estocagem de Dietas				CÓDIGO POP – 6.5	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Nutrição Clínica					
Data de Emissão 10/03/2016	Data de Aprovação 10/03/2016	Data de Vigência 03/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

ELABORADO POR:

Nutricionista Helânia Virginia Dantas dos Santos

Nutricionista Izabelle Silva de Araújo

Nutricionista Maiane Alves de Macedo

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Sâmia Letícia Ribeiro Lima



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Jussara Aparecida Corneau

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Sangue e Envio para o Hemocentro				CÓDIGO POP – 7.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Realização de coleta de sangue para hemotransusão com o intuito de manter os valores sanguíneos fisiológicos.

02- OBJETIVO: Otimizar o serviço de coleta proporcionando agilidade na hemotransusão.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

04- INDICAÇÃO: Quando houver necessidade por indicação médica de transfusão de sangue e hemocomponentes.



05- MATERIAL NECESSÁRIO

- Prescrição Médica;
- Solicitação de Hemotransusão;
- Agulha 25x 7 (descartável);
- Tubo para coleta de sangue (sem anticoagulante);
- Almotolia com álcool a 70%;
- Algodão;
- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Caneta;
- Caixa Térmica para acondicionamento e transporte da amostra do setor solicitante até o banco de sangue

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica e a solicitação de hemotransusão, lembrando que a mesma deve ser totalmente preenchida com dados do paciente: prontuário, diagnóstico,

Hospital, setor, enfermaria, leito, sexo, data de nascimento, idade, peso, especificação do hemocomponente, resultado de exames, comorbidades e justificativa que **SÃO OBRIGATÓRIOS**;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Sangue e Envio para o Hemocentro				CÓDIGO POP – 7.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	



- Higienizar as mãos;
- Colocar luvas de procedimento e óculos de proteção;
- Identificar o paciente perguntando o nome completo, setor, enfermaria, leito e checar com o pedido, e assine no tubo. Caso o paciente em questão esteja sem condições de responder, confira os dados com o acompanhante;
- Informe ao paciente sobre o tipo de coleta a ser realizado, relatando a sua finalidade;
- Posicionar o paciente de forma confortável e segura para a realização da coleta;
- Garrotear o braço do paciente com o garrote aproximadamente 15 cm de distância da veia e ou artéria a ser puncionada;
- Puncionar a veia e com a seringa puxe o êmbolo lentamente, à medida que o sangue estiver preenchendo o espaço, aproximadamente são 10 ml de sangue que devem ser coletados e injetados no tubo (sem anticoagulante);
- Retirar o garrote e retirar a agulha lentamente, antes de sua retirada total colocar um chumaço de algodão estéril e pressione o local da punção por 3 minutos ou até o estancamento do sangue;
- Transfira o sangue com a agulha e seringa para o tubo, já identificado;
- Ligar para o profissional responsável (boy), solicitando para a telefonista e comunicar ao mesmo a necessidade do hemocomponente solicitado (caráter- urgência, eletivo, emergencial);

07-REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário.

REFERÊNCIAS:

Guerrero GP, Beccaria L. M., Trevizan M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-Am Enfermagem 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 18 de setembro de 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Sangue e Envio para o Hemocentro				CÓDIGO POP – 7.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR:

Larycia Vicente Rodrigues



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enf^o Lucas Borges de Oliveira**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
03/12/2015	03/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É um tipo de terapia eficaz em situações de choque, hemorragias ou doenças sanguíneas. Frequentemente usa-se em intervenções cirúrgicas, traumatismos, hemorragias digestivas ou em outros casos em que tenha havido grande perda de sangue.

02- OBJETIVO: Repor Hemocomponentes do sangue necessários a manutenção do equilíbrio vital. Administrar os Hemocomponentes dentro dos princípios da biossegurança.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

05- INDICAÇÃO: Prescrição Médica.



06- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Equipamento específico para Hemotransfusão;
- Hemocomponente prescrito;
- Luvas de Procedimento;
- Bandeja;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Equipamentos de Proteção Individual.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Observar as condições do produto relativas a aspecto, validade e temperatura;
- Conferir a identificação do produto no rótulo da bolsa, data, validade e as anotações relativas ao teste de compatibilidade;

- Anotar os dados referentes ao produto no prontuário do paciente;
- Verificar o nome completo e tipo sanguíneo ABO/RH;
- Aferir os sinais vitais do paciente, anotar no prontuário para estabelecer parâmetro inicial;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
03/12/2015	03/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	



- Certificar-se da história transfusional progressiva e das reações adversas anteriores. Se o cliente citar reações, comunicar ao médico;
- Verificar a prescrição médica: observar medicações prévias a transfusão, quantidade a ser administrada, a velocidade, e o tempo de infusão adequado para cada tipo de hemocomponente;
- Lavar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Usar o equipamento de proteção individual (jaleco, luvas, máscara, etc);
- Informar o procedimento ao cliente/paciente, solicitando a sua colaboração;
- Utilizar técnica asséptica ao conectar o equipo a bolsa.
- Quando o acesso não estiver presente ou não for viável ao procedimento, puncionar acesso venoso de calibre adequado, observando diretrizes do **POP 4.9**;
- Conectar o equipo ao jaleco;
- Controlar o gotejamento da infusão, permanecendo próximo ao paciente nos QUINZE primeiros minutos do início da transfusão;
- É importante realizar a administração de hemocomponentes em temperatura ambiente. Caso estejam muitos gelados, aguardar cerca de 20 minutos;
- Registrar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
- Colar a etiqueta com o número da bolsa do hemocomponente no prontuário;
- Ao final da infusão checar e anotar os sinais vitais do paciente.
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- Algumas definições:
 - **Sangue total:** restaura a volemia e mantém a perfusão e a oxigenação tecidual;

- **Concentrado de hemácias:** aumenta a capacidade de transporte de oxigênio por aumento de massa de hemácias circulante;
- **Concentrado de plaquetas:** as plaquetas são essenciais para a hemostasia normal. O número adequado de plaquetas previne e cessa um sangramento ativo;
- **Crioprecipitado:** repõe o fibrinogênio e o fator VIII;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 03/12/2015	Data de Aprovação 03/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04



- **Plasma:** reposição de fatores de coagulação.
- Não se recomenda em nenhum caso a administração simultânea de medicação, Nutrição Parenteral Total e hemoderivados;
- O Enfermeiro é o responsável por todo o processo de hemotransfusão;
- **Tempo de Infusão:**
 - Concentrado de Hemácias: máximo de 4 horas;
 - Plasma: 1 a 2 horas;
 - Concentrado de Plaquetas: 30 minutos;
 - Crioprecipitado: máximo de 4 horas;

REFERÊNCIAS:

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO. Hemocentro Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/protocolos/2_07.pdf. Acesso: 03 dez 2015.

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO. Hospital Getúlio Vargas, 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf. Acesso em: 03 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 03/12/2015	Data de Aprovação 03/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04

ELABORADO POR:Enf^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro**NOME / ASSINATURA****REVISADO POR:**

Enf °Lucas Borges de Oliveira



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Monitoramento de Infusão de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- OBJETIVO: Administrar os Hemocomponentes dentro dos princípios da biossegurança.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

03- INDICAÇÃO: O procedimento é realizado por indicação médica.

04- MATERIAL NECESSÁRIO: Equipo específico para hemotransusão, o hemocomponente prescrito, luvas de procedimento, materiais para verificação de sinais vitais.



05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

✓ **Antes da Administração de Hemocomponentes**

- Verificar o procedimento correto da solicitação do hemocomponentes;
- Verificar se o nome e o número do prontuário conferem com a etiqueta da bolsa;
- Certificar-se do tipo sanguíneo ABO/RH;
- Se houver necessidade de coletar amostra de sangue, identificar o tubo antes da coleta e certificar-se de identifica-lo corretamente;
- Certificar-se da história transfusional progressiva e das reações adversas anteriores. Se o cliente citar reações, comunicar ao médico;
- Conferir a prescrição médica, quantidade a ser administrada, a velocidade, e o tempo de infusão, que não deve ultrapassar 04 horas (se concentrado de hemácias), 30 minutos (se plasma);
- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento, conforme Protocolo de

Higienização das Mãos/CCIRAS;

- Verificar Sinais Vitais e anotá-los no prontuário para estabelecer o parâmetro inicial;
- Observar a presença de febre (38,7°C ou mais) comunicar ao médico;
- Providenciar acesso venoso ou verificar a permeabilidade de um acesso já existente;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Monitoramento de Infusão de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Certificar-se de que o calibre é adequado ou verificar a disponibilidade de via de acesso central;
- Orientar o paciente/acompanhante sobre a possibilidade de reações adversas;
- ✓ **Durante a administração de hemocomponentes**
 - Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente. Caso estejam muitos gelados, aguardar cerca de 20 minutos;
 - Anotar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
 - Colar a etiqueta com o número com o número da bolsa do hemocomponente na prescrição;
 - Observar rigorosamente o cliente nos 15 minutos iniciais, administrando o hemocomponente lentamente até atingir a prescrição estabelecida pelo médico;
- ✓ **Após a administração de hemocomponentes**
 - Lavar as mãos antes e após;
 - Desconectar a bolsa do acesso venoso e comunicar a Agência Transfusional para coletar a embalagem, para posterior descarte final;
 - Verificar Sinais Vitais e Anotar no prontuário;
 - Observar atentamente o cliente nos 15 minutos após o término da transfusão;
 - Realizar visita pós transfusional e observar reações adversas;



06- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

07- OBSERVAÇÕES:

- A transfusão só deverá ser preparada mediante pedido médico e instalado se estiver prescrito;
- Todo paciente com indicação de transfusão deverá ter folha de evolução médica e

prescrição, p.ex.. na emergência não basta o boletim de atendimento;

- É importante observar os sintomas usuais do paciente (tais como dispnéia ou falta de ar, tontura e febre), para que não sejam confundidos com os de uma reação transfusional;
- Deverão ser observados, e anotados os sinais vitais do paciente (no prontuário), assim como o horário da instalação (início). Observar o paciente por 10 minutos

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Monitoramento de Infusão de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	



após o início da transfusão.

- A observação do paciente após o período inicial ficará a cargo da enfermagem do setor;
- É proibida a adição ao sangue ou componentes, de quaisquer substâncias ou medicamentos, ou sua infusão concomitante pela mesma linha que a do sangue, salvo em casos com risco iminente de morte e impossibilidade de acesso específico para a hemotransfusão. Tal situação deverá ser comunicada ao médico assistente para sua expressa autorização.
- Embora só deva ser utilizada soluções salinas junto com concentrados de hemácias, nas situações descritas acima teremos que nos submeter aos riscos inerentes à exposição às demais soluções diante da avaliação do RISCO x BENEFÍCIO da hemotransfusão. Como regra estrita temos apenas a proibição expressa de infusão de Concentrado de Hemácias (CH) associado ao Ringer e Ringer lactato, dada a característica de estimulação da coagulação pela quelação do Cálcio do anticoagulante das soluções preservadoras dos concentrados de hemácias e com o Soro Glicosado as hemácias sofrem variação osmótica e hemolisam;
- Em situações de urgência, com necessidade de infusão de diversos hemocomponentes, pode-se realizar a infusão das diversas unidades concomitantemente na mesma linha venosa;
- O tempo máximo de infusão dos hemocomponentes variam: concentrado de hemácias máximo de 4h; concentrado de plaquetas e plasma, máximo de 30min.
- Uma vez aberto o sistema do hemocomponente, este respeitará o prazo máximo de infusão, sendo impossível, deverá ser descartado.
- Avaliar o paciente ao final da infusão. Caso haja alguma reação transfusional durante ou até 6 h do término da hemotransfusão o Banco de Sangue deverá ser

avisado, já que esta é uma informação obrigatória a ser enviada nas estatísticas mensais exigidas pela Vigilância Sanitária/SMS.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares				
		Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros				
		Divisão de Enfermagem				
Monitoramento de Infusão de Hemocomponentes				CÓDIGO POP – 7.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

infeciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.

BRASIL. RDC n °57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES>.

ELABORADO POR:

Larycia Vicente Rodrigues



NOME / ASSINATURA

REVISADO POR:

Enfª Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enf °Lucas Borges de Oliveira

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente com Reação Transfusional		CÓDIGO POP – 7.4			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 23/11/2015	Data de Aprovação 23/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 01	Pág. 01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Qualquer reação identificada durante e após a hemotransusão.
Incidente Transfusional: Agravo ocorrido durante ou após a transfusão sanguínea, e a ela relacionado, pode ser imediato e tardios. Considera-se incidente transfusional imediato aquele que ocorre durante a transfusão ou até 24 horas após e Incidente Transfusional tardio, aquele que ocorre após 24 horas da transfusão realizada.

02- OBJETIVO: Aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas. Preparar os profissionais para estarem treinados e atentos para prevenir, identificar, abordar e tratar possíveis reações transfusionais.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Suspender a transfusão imediatamente;
- Manter o acesso venoso com solução salina a 0,9 % com gotejamento moderado;
- Verificar sinais e sintomas / dados vitais e assistir ao paciente/receptor;
- Comunicar ao médico responsável e ao Banco de Sangue;
- Checar sinais vitais e conferir todos os dados → paciente/rótulos da bolsa de hemocomponente e prescrição médica, verificando se houve erro ou troca;
- Reunir materiais e medicamentos usados em procedimentos de emergência, no caso de reações moderadas a graves;
- Seguir conduta médica frente aos sintomas apresentados do paciente;

- Encaminhar a bolsa/equipo do hemocomponente juntamente com as amostras de sangue, caso solicitadas, ao Banco de Sangue;
- Fazer relato da reação transfusional e conduta adotada pelo médico.

05- REGISTRO: Anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente com Reação Transfusional				CÓDIGO POP – 7.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão 01	Pág.	
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018		02 de 03	



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <



http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.

BRASIL. RDC n °57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES>.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente com Reação Transfusional				CÓDIGO POP – 7.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	01	02 de 03

ELABORADO POR: Larycia Vicente Rodrigues
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Cânula Nasal tipo Óculos				CÓDIGO POP – 8.1.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018		01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de administração de Oxigenoterapia de forma a aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário. Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual. Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.

02- DEFINIÇÃO: Administração de oxigênio, a uma pressão maior que a encontrada no ar ambiente, para aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e médicos.

04- INDICAÇÃO:

- Infarto agudo de miocárdio;
- Anemia aguda;
- Meta- hemoglobina;
- Intoxicação por monóxido de carbono;
- Diminuição do débito cardíaco;
- Hipotensão arterial;
- Taquicardia;
- Bradicardia;
- Cianose;
- Dispnéia;
- Dor torácica;
- Disfunção neurológica aguda;

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Cateter nasal tipo óculos;
- 01 unidade de gases;
- Água destilada;
- Esparadrapo;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Cânula Nasal tipo Óculos				CÓDIGO POP – 8.1.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04



- Fluxômetro regulador do fluxo de oxigênio;
- Luvas de procedimento;
- Oxigênio canalizado;
- Bandeja de inox;
- Frasco umidificador;
- Intermediário de silicone estéril.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Identificar o paciente e explicar o procedimento a ser realizado;
- Lavagem das mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos / CCIRAS;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio;
- Encher o umidificador com água destilada até 2/3 de sua capacidade;
- Conectar a tampa do umidificador ao frasco e posteriormente ao fluxômetro;
- Colocar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetro e verifique se há borbulhamento da água;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 6 l/min;
- Fazer a higiene das narinas utilizando gazes e soro fisiológico a 0,9%;
- Colocar o cateter nas narinas ajustando-o atrás do pavilhão auricular e sob o queixo ou em volta da cabeça;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Acondicionar adequadamente o cateter nos casos de suspensão do uso de oxigênio

conforme orientação da CCIRAS;

- Trocar o sistema ou quando apresentar sujidade conforme orientação da CCIRAS;
- Colocar a data de instalação do sistema;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Cânula Nasal tipo Óculos				CÓDIGO POP – 8.1.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

07- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

08- OBSERVAÇÕES: Ausência de borbulhamento na água do umidificador, verifique se o fluxômetro estar adaptado adequadamente, caso persista troque o umidificador.



REFERÊNCIAS:

SEABRA, A et.al. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Instruções de trabalho de Enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2869.pdf>>. Acesso em: 14/06/2015.

SILVA, Cláudia Maria de Melo Franco et al. Instruções de trabalho de enfermagem: **Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611 p. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/enfermagem/links/9679fe28253aaf82c5629df40ba7412855dc3721.pdf>. Acesso em: 12 jul de 2015.

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

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

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Cânula Nasal tipo Óculos				CÓDIGO POP – 8.1.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
23/11/2015	23/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Cristina Maria Félix Crispiniano

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Enfº Residentes Lucas Borges de Oliveira / Sâmia Letícia Ribeiro Lima



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Máscara de Venturi				CÓDIGO POP – 8.1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- DEFINIÇÃO: Administração de oxigênio a uma concentração maior que a encontrada no ar ambiente, a fim de aliviar e/ou impedir hipóxia tecidual, através do dispositivo máscara de Venturi.

02- OBJETIVO: Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo, com intuito de promover uma oxigenação tecidual adequada e/ou para promover a umidificação das secreções das vias aéreas, facilitar expectoração e promover broncodilatação.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

04- INDICAÇÃO: De acordo com a prescrição médica e em situações de urgência ou emergência. Indicado para pacientes que necessitem de concentrações exatas de fração de oxigênio (FiO₂), como por exemplo pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Indicado também para pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda grave e para pacientes que estão no processo de desmame ventilatório.

05- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Oxigênio canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
- 01 Fluxômetro para oxigênio;
- 01 Máscara de Venturi;



- 01 Traqueia;
- 01 Frasco umidificador;
- 01 Intermediário de silicone estéril;
- 01 Frasco de água bidestilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 Bandeja de aço inox;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 Pacote de gaze estéril;
- 01 impresso para anotação.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Máscara de Venturi				CÓDIGO POP – 8.1.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Reunir os materiais necessários;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento e capote, se necessário;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril bidestilada até 2/3 de sua capacidade;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra na válvula da Máscara de Venturi, a qual se adapta a uma traqueia que se conecta a máscara;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Colocar a máscara na face do paciente de forma bem adaptada ajustando o elástico em volta da cabeça;
- Abrir um pouco o fluxômetro deixando sair o oxigênio para evitar uma eventual saída intempestiva e verificar o borbulhamento da água no umidificador;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;

- A FiO₂ é ajustada trocando-se os conectores coloridos que varia de 24 a 50%, conforme Quadro 1, abaixo:

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Máscara de Venturi				CÓDIGO POP – 8.1.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

Quadro 1 – Tipo de válvula, cor, concentração de O₂ e Fluxo de Oxigênio.



CONECTOR	CONCENTRAÇÃO	FLUXO DE OXIGÊNIO
AZUL	24%	4 l/min
AMARELO	28%	4 l/min
BRANCO	31%	6 l/min
VERDE	35%	8 l/min
ROSA	40%	10 l/min
LARANJA	50%	15 l/min

- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Em caso de suspensão temporária, guardar a máscara devidamente acondicionada e protegida;
- Retirar as luvas e capote, se utilizado, e higienizar as mãos;
- Registrar em prontuário conforme item seguinte.

07- REGISTRO: Registrar em prontuário a data, a hora do início e do término e o volume do oxigênio administrado. Assinar e carimbar.

08- OBSERVAÇÕES:

- Se não houver borbulhamento da água no umidificador checar se o fluxômetro está conectado corretamente. Se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de anormalidade;
- A troca da máscara deve ocorrer a cada sete dias ou quando a mesma estiver contaminada, com sujidade ou danificada;
- Repor a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível de 1/3 da sua capacidade;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Máscara de Venturi				CÓDIGO POP – 8.1.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14.10.2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

VANTAGENS:

- Permite selecionar com exatidão a FiO₂ desejada;
- Protege contra dosagens nocivas de Oxigênio;
- Leve e bem tolerada pelo paciente.

DESVANTAGENS:



- Desloca-se facilmente;
- Impossibilita o paciente de comer enquanto usa.

REFERÊNCIAS:

SEABRA, A. *et.al.* **Instruções de Trabalho de Enfermagem:** Hospital das Clínicas da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. 611p. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2869.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

PAZ, A.; CHAVES, S.; BISAGNI, C.; ALMEIDA, C. **Administração de Oxigênio – Cateter Nasal e Máscara de Venturi.** Procedimento Operacional Padrão. Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). 2014. Disponível em:

<http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC.013.ADMINISTRA%C3%87%C3%83O%20DE%20OXIGENIO.pdf>.
Acesso em 01 jun. 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Administração de Oxigênio por Máscara de Venturi				CÓDIGO POP – 8.1.2	
ÁREA EMITENTE:					
Data de Emissão 14.10.2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 05 de 05

ELABORADO POR:

Jucilene Rosangela de Sá Andrade Lima



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Residente Naara Carol Costa Alves**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aerossolterapia				CÓDIGO POP – 8.1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É a administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido, com ou sem medicação nas vias aéreas superiores (VAS).

02- OBJETIVO: Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; Umidificar a via aérea superior; Facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares; Liquefazer secreção brônquica resistentes com uso de mucolítico; Diminuir a inflamação através das associação de corticoides; Umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem e Enfermeiros

05- INDICAÇÃO: De acordo com a prescrição médica.



06- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Oxigênio ou ar comprimido canalizado ou cilindro com válvula reguladora;
- Medicamento prescrito;
- 01 Nebulizador com copinho e circuito;

- 01 Fluxômetro;
- Bandeja;
- Papel toalha.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente;
- Se possível, apresentar-se ao paciente e/ ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Separar e preparar os materiais;
- Colocar o líquido e o medicamento prescritos no copo do nebulizador. Usar somente fluidos estéreis para nebulização manipulando-os assepticamente e ao usar frascos de

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aerossolterapia				CÓDIGO POP – 8.1.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 04	

medicamentos multidoso, manuseá-los e guardá-los de acordo com instruções do fabricante e de preparo de medicamento;

- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio;
- Rosquear a tampa do frasco de nebulizador e adaptar à máscara;
- Adaptar a extensão do nebulizador ao fluxômetro;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada em posição confortável e segura, preferencialmente
- Ligar o oxigênio ou ar comprimido em torno de 7 litros/minuto, observando a formação do vapor;
- Adaptar a máscara às vias aéreas do paciente (nariz/ boca/ traqueostomia/ tubo endotraqueal);
- Se paciente consciente, explicar para inspirar profundamente e expirar lentamente permanecendo com a boca semi-aberta, sem conversar, mantendo os olhos fechados;
- Observar as possíveis reações do paciente (taquicardia, palpitações, tremores, entre outras) e o funcionamento da nebulização;
- Interromper a nebulização se ocorrer alguma reação ao medicamento e comunicar ao enfermeiro ou ao médico;
- Manter a nebulização até o término da solução;

- Se paciente consciente, oferecer papel toalha e orientar para escarrar caso haja expectoração e desprezar no lixo;
- Desligar oxigênio ou ar comprimido após o término do medicamento ou do vapor;
- Se paciente intubado ou traqueostomizado, observar a necessidade de aspiração traqueal, de acordo com POP 8.2;
- Proteger o nebulizador, copinho e circuito;
- Proceder à higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, se houver presença de secreção;
- Trocar todo o sistema a cada 24 horas ou sempre que contaminado e encaminhá-lo para limpeza e esterilização;
- Higienizar as mãos.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aerossolterapia				CÓDIGO POP – 8.1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário, atentando para a data, o horário do procedimento, se houve alguma reação e/ou aspecto da secreção eliminada; assinar e carimbar.



09- OBSERVAÇÕES:

- **Riscos relacionados:** Ao conectar o fluxômetro à saída de oxigênio, cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão
- **Cuidados Especiais:** Se não houver produção de vapor verificar se a conexão do fluxômetro está correta, se não há impedimento na passagem de ar pelos canalículos na tampa do copo de nebulização e se o anteparo está posicionado corretamente; se persistir, trocar o nebulizador.

REFERÊNCIAS:

POTTER, P. A & PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan S. A. 2012. 1400p

GUERRERO. GP, BECCARIA, L. M., TREVISAN, M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-Am Enfermagem 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 18 de setembro de 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aerossolterapia				CÓDIGO POP – 8.1.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Saulo Bezerra Xavier

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Sâmia Letícia Ribeiro Lima



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aspiração da Secreção Traqueal				CÓDIGO POP – 8.2	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação					
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo)

02- OBJETIVO: Compensar a expectoração espontânea, manter a permeabilidade das vias aéreas e aumentar a eficiência respiratória. O procedimento é considerado rotineiro e evidente para pacientes entubados ou traqueostomizados.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos.

05- INDICAÇÃO:



- Presença de secreção no tubo endotraqueal ou traqueóstomo;
- Curva dentada no gráfico Fluxo x Volume ou Fluxo x Tempo;
- Roncos na ausculta pulmonar.

06- CONTRA-INDICAÇÃO:

- Pacientes instáveis clinicamente;
- Distúrbio hemogasimétricos importantes;
- Pacientes sem drive respiratório;
- Instabilidade eletrolítica;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hemoglobina menor que 7mg/dl.

07- MATERIAL NECESSÁRIO:

- EPI – Equipamento de proteção individual (luvas, gorro, máscara cirúrgica, óculos protetor e capote não estéril);



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aspiração da Secreção Traqueal				CÓDIGO POP – 8.2	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Um par de luvas de procedimento;
- Um par de luva estéril;
- 10ml de soro fisiológico;
- 20ml de água destilada;
- Um cateter de aspiração (selecionar o número adequado da sonda de acordo com diâmetro do tubo ou da cânula) quando o sistema é aberto ou uso de aspiração por sistema fechado;
- Um látex/extensão para aspiração;
- Um sistema de vácuo fixo ou portátil.

08- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos;
- Utilizar o Equipamento de proteção individual;
- Checar os dados de identificação do paciente;
- Posicionar o paciente adequadamente (30° a 45°);
- Hiperoxigenar o paciente;
- Orientar/informar o paciente sobre o procedimento;

- Abrir a embalagem do cateter de aspiração (abrir a embalagem do cateter apenas expondo a parte que será conectada ao extensor/látex, ou se preferir pode-se expor o cateter em campo estéril, que pode ser o invólucro das luvas estéreis);
- Calçar as luvas estéreis;
- Retirar o invólucro com a mão esquerda, segurando o cateter com a mão direita;
- Ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar a oxigenoterapia que o paciente estiver submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Com uma das mãos conectar o cateter à extensão do sistema de aspiração, com atenção para que não haja contaminação;
- Desconectar a oxigenoterapia que o paciente estiver submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Inserir o cateter sem pressão negativa e retirá-lo aspirando, com movimentos rotatórios;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aspiração da Secreção Traqueal				CÓDIGO POP – 8.2		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Instilar 1ml de soro fisiológico no tubo endotraqueal, caso o paciente esteja intubado, e se a secreção for espessa;
- Reconectar o paciente ao dispositivo de oxigênio em que ele estava submetido (ventilador mecânico, máscara de Venturi e afins);
- Após o procedimento, realizar lavagem do sistema de aspiração com 20ml de água destilada ou soro fisiológico;
- Retirar o cateter de aspiração do sistema de aspiração, deixando a extremidade do sistema protegido, pode ser com a embalagem da sonda de aspiração;
- Caso o paciente estiver em uso de Tubo orotraqueal ou traqueóstomo, observar fixação;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

09- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário, incluindo a descrição do aspecto, características, coloração, quantidade e possíveis intercorrências.

10- OBSERVAÇÕES: Seguir sempre a sequência Tubo/Traqueóstomo – Nariz – e Boca; **O frasco com a secreção aspirada deve ser desprezada a cada 6 horas;** A aspiração

somente deverá ser realizada quando necessária, isto é, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo volume observado na tela do ventilador; Caso o indivíduo que estiver realizando a aspiração seja canhoto, a descrição deverá ser invertida, ou seja, onde diz mão direita considerar esquerda; **Não aspirar por mais de 15 segundos e deixar intervalos de alguns segundos entre cada aspiração, intercalando com o oxigênio**; Observar o valor da oximetria de pulso e frequência respiratória no momento da aspiração; O soro fisiológico só deve ser usado em casos necessários (secreção espessa e rolhas); **Caso houver resistência na retirada do cateter durante a aspiração (colabamento na mucosa traqueal) deve-se desconectar a fonte de sucção e retirar o cateter.**



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Aspiração da Secreção Traqueal				CÓDIGO POP – 8.2		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04	

REFERÊNCIAS:

SARMENTO A. R. *et al* Inspiratory Muscle Training in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Structural Adaptation and Physiologic Outcomes. **Am J Respir Crit Care Med.** V 166. p 1491–1497, 2002.

ELABORADO POR: Fabrício Olinda de Souza Mesquita
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima / Renata Marques da Silva
NOME / ASSINATURA

APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Intubação Orotraqueal		CÓDIGO POP – 8.3			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- OBJETIVO: Garantir o correto abastecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos nos Kits de Intubação Orotraqueal da instituição, visando o pronto atendimento aos pacientes em situação de emergência.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem.

04- INDICAÇÃO DE ABERTURA: Necessidade manter uma Via Aérea Avançada no paciente.



05- PROCEDIMENTOS:

Em caso de atendimento de emergência:

- Romper o lacre do kit;
- Localizar os medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários, conforme Ckeck List presente no Anexo A;
- Após o término do atendimento, conferir os insumos médico-hospitalares utilizados, para que haja sua devida reposição pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Conferir e anotar os medicamentos utilizados no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal, presente no Anexo B;
- Preencher os demais campos do Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal presente no Anexo B;
- Fazer o pedido dos insumos médico-hospitalares utilizados ao setor de Almoarifado;
- Fazer o pedido dos medicamentos utilizados ao setor de Farmácia;
- Fazer a reposição de todos os materiais utilizados, colocar e anotar o número do novo lacre no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal, presente no Anexo B.

Em caso de conferência mensal:

- No 1º dia de cada mês, romper o lacre do kit;
- O Enfermeiro (a) responsável deve fazer a conferência das validades e quantidades de cada item presente no Ckeck List do Kit de Intubação Orotraqueal, conforme Anexo A;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Intubação Orotraqueal				CÓDIGO POP – 8.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

- Retirar os itens “vencidos” e/ou inapropriados para uso;
- Substituir todos os itens retirados, mediante pedido feito pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Colocar novo lacre;
- Registrar no Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal presente no Anexo B, preenchendo todos os campos pertinentes.



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.

Disponível em: <
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.



BRASIL. RDC n° 57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em: <
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES>.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Intubação Orotraqueal				CÓDIGO POP – 8.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

ANEXO A – Check List do Kit de Intubação Orotraqueal



QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO
02	TOT n° 8,5; 8,0; 7,5; 7,0; 6,5.
01	Fio Guia
02	Pacotes de Gaze
01	Sonda de Aspiração n° 12 e 14
04	Pilhas Grandes
01	Par de Luvas Estéreis n° 8,5; 8,0; 7,5.
02	Par de Luvas de Procedimento
01	Seringa de 10 mL
01	Laringoscópio com 3 Lâminas Curvas
01	Fixador Externo

02	Máscaras
01	Óculos de Proteção
03	Água Para Injeção
02	Etomidato
02	Fentanil 0,0785mg/mL 2mL/ampola
03	Midazolam 5mg/mL – 3mL/ampola
01	Lidocaína Spray
01	Succinilcolina 100 mg

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Abertura do Kit de Intubação Orotraqueal</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 8.3</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

ANEXO B – Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal

Data	Nome do paciente	Motivo da abertura	Situação do KIT	Lacre rompido	Novo lacre	Observação	Responsável



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Intubação Orotraqueal				CÓDIGO POP – 8.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR: João Marcel Porto Alves/ Paula Nayara Menezes dos Santos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Traqueostomia				CÓDIGO POP – 8.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- OBJETIVO: Garantir o correto abastecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos nos Kits de Traqueostomia da instituição, visando o pronto atendimento aos pacientes em situação de emergência.



02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- PROCEDIMENTOS:

Em caso de atendimento de emergência:

- Romper o lacre do kit;
- Localizar os medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários, conforme Ckeck List presente no Anexo A;
- Após o término do atendimento, conferir os insumos médico-hospitalares utilizados, para que haja sua devida reposição pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Conferir e anotar os medicamentos utilizados no Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B;
- Preencher os demais campos do Mapa de Registro doKit de Traqueostomia, presente no Anexo B;
- Fazer o pedido dos insumos médico-hospitalares utilizados ao setor de Almoxarifado;
- Fazer o pedido dos medicamentos utilizados ao setor de Farmácia;
- Fazer a reposição de todos os materiais utilizados, colocar e anotar o número do novo lacre no Mapa de Registro do Kit de Traqueostomia, presente no Anexo B.
- **Em caso de conferência mensal:**
 - No 1º dia de cada mês, romper o lacre do kit;
 - O Enfermeiro (a) responsável deve fazer a conferência das validades e quantidades de cada item presente no Ckeck List do Kit de Traqueostomia, conforme Anexo A;
 - Retirar os itens “vencidos” e/ou inapropriados para uso;
 - Substituir todos os itens retirados, mediante pedido feito pelo Enfermeiro (a) responsável;
 - Colocar novo lacre;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Traqueostomia				CÓDIGO POP – 8.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

- Registrar no Mapa de Registro doKit de Traqueostomia, presente no Anexo B, preenchendo todos os campos pertinentes.



REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.

Disponível em: <
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.



BRASIL. RDC n° 57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010. Disponível em: <
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fd337280474597529fcbdf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES>.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Traqueostomia				CÓDIGO POP – 8.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

ANEXO A – Check List do Kit de Traqueostomia



QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO
01	Material cirúrgico de Pequena Cirurgia
01	Par de luvas estéreis n° 8,0/7,5
04	Pacotes de gaze
01	Campo cirúrgico fenestrado
01	Lâmina de bisturi n° 11 e n° 14

01	Seringa de 10cc
01	Fio mononylon 2.0/3.0
01	Fio algodão 2.0
01	Traqueóstomo nº 7.5/8.0/8.5
02	Fentanil 0,0785mg/mL 2mL/ampola
01	Lidocaína 2% sem vaso constritor
02	Midazolam 5mg/mL – 3mL/ampola

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Abertura do Kit de Traqueostomia				CÓDIGO POP – 8.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 25/11/2015	Data de Aprovação 25/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 05



ANEXO B – Mapa de Registro do Kit de Intubação Orotraqueal

Data	Nome do paciente	Motivo da abertura	Situação do KIT	Lacre rompido	Novo lacre	Observação	Responsável

	<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
Abertura do Kit de Traqueostomia					CÓDIGO POP – 8.4
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 25/11/2015	Data de Aprovação 25/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 05 de 05

<p>ELABORADO POR: João Marcel Porto Alves/ Paula Nayara Menezes dos Santos</p> <p align="center">NOME / ASSINATURA</p>
<p>REVISADO POR: Enfª Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enfº Lucas Borges de Oliveira</p> <p align="center">NOME / ASSINATURA</p>

APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente submetido a Intubação Orotraqueal (IOT)			CÓDIGO POP – 8.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- DEFINIÇÃO: É um procedimento de suporte avançado de vida onde o médico, com um laringoscópio, visualiza a laringe e através dela introduz um tubo na traquéia (Tubo Orotraqueal - TOT). Tal tubo será utilizado para auxiliar a ventilar o paciente, pois possibilita que seja instituída a ventilação mecânica.



02- OBJETIVO: Garantir fornecimento de oxigênio adequado às necessidades do paciente, sem risco para o mesmo, além de visar à promoção do conforto e proteção durante a manutenção da intubação endotraqueal.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

04- INDICAÇÃO: Paciente em franco sofrimento respiratório ou sempre que indicado pelo médico.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Kit de intubação contendo (observar POP nº 8.3):
 - Tubos Orotraqueais nº 8.5, 8.0; 7.5; 7.0; 6.5;
 - 01 Fio guia;
 - 02 Pacotes de gaze;
 - 01 Sonda de aspiração nº 12 e 14;
 - 02 Pilhas grandes;
 - 01 Par de luvas estéreis nº 8.5, 8.0; 7.5;
 - 02 Pares de luva de procedimento;
 - 01 Seringa de 10 ml;
 - 01 Laringoscópio com 03 lâminas curvas;
 - 01 Cordão para fixação (pode ser utilizado aproximadamente 30cm de atadura);
 - 02 Máscaras;
 - 01 Óculos de proteção;
 - Capote descartável (opcional);



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente submetido a Intubação Orotraqueal (IOT)				CÓDIGO POP – 8.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

- Medicamentos: 01 Etomidato, 01 Fentanil 0,0785 mg/ml; 01 Midazolan 5ml/ml; 01 Lidocaína spray; 01 Succinilcolina 100mg.
- ✓ 01 Fonte de oxigênio;
- ✓ 01 Fluxômetro;
- ✓ 01 Frasco umidificador;

- ✓ 01 Válvula de oxigênio;
- ✓ 01 Látex de silicone estéreis;
- ✓ 01 Reanimador manual (AMBU);
- ✓ Medicações (Midazolam, Fentanil, Etomidato e Quelicin);
- ✓ 01 Respirador montado e testado;
- ✓ 01 Aspirador portátil ou 01 vacuômetro;
- ✓ 01 Estetoscópio;
- ✓ Esparadrapo.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente pela placa ou pulseira de identificação;
- Higienizar as mãos conforme orientação CCIRAS;
- Calçar luvas de procedimento e capote se necessário;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira, bancada ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetro à fonte de oxigênio;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-la ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador e a outra no AMBU;
- Abrir o fluxômetro e testar o AMBU;
- Paramentar-se com os EPI's e fornecê-los (incluindo luvas estéreis) ao médico responsável pela intubação;
- Testar o balão do tubo endotraqueal com uma seringa de 10 ml com ar, de forma que este permaneça estéril;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente submetido a Intubação Orotraqueal (IOT)				CÓDIGO POP – 8.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

- Testar o laringoscópio e entregá-lo ao médico;
- Preparar os medicamentos para sedação e analgesia do paciente e administrá-lo conforme solicitação médica;
- Auxiliar no posicionamento da cabeça do paciente podendo colocar um coxim sob o pescoço do mesmo, se não houver contraindicação;

- Auxiliar o médico na inserção do TOT;
- Verificar, durante o procedimento, os sinais vitais; se houver dessaturação, adaptar a máscara de AMBU ao mesmo e oxigenar o paciente se ainda não foi intubado;
- Aspirar as vias aéreas do paciente, se necessário;
- Após verificação do posicionamento correto do tubo através da ausculta pulmonar do paciente pelo médico, marcar o TOT com um pedaço de esparadrapo e fixar o mesmo com cordão para fixação;
- Assegurar que a fixação do tubo seja trocada sempre que esta encontrar-se suja, frouxa ou apertada em demasia;
- Oxigenar o paciente utilizando o AMBU adaptado ao TOT ou conectar o circuito do respirador ao tubo, após respirador adaptado à válvula de oxigênio e ligado à rede elétrica, lembrando de antes de conectar ao ventilador deve realizar a ausculta para confirmação do correto posicionamento do tubo;
- Elevar a cabeceira da cama do paciente a 30°;
- Deixar o paciente em posição segura e confortável;
- Retirar os EPI's e luvas;
- Higienizar as mãos conforme orientação CCIRAS

07- REGISTRO: Registrar no prontuário e/ou impresso próprio de controle do setor a data, a hora do início, do término e os parâmetros ventilatórios e suas alterações; registrar o período de permanência do tubo e comunicar ao médico, se este for maior ou igual a duas semanas, para tentativa de traqueostomia; Assinar e carimbar.

08- OBSERVAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DA INTUBAÇÃO:

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente submetido a Intubação Orotraqueal (IOT)				CÓDIGO POP – 8.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 24/11/2015	Data de Aprovação 24/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 05	



- Verificação da pressão do cuff a cada 12 horas (inferior a 25 mmHg) para mantê-la abaixo dos 30mmHg, garantindo a adequada ventilação, sem vazamento de ar, duas vezes por dia;

- Higienização do orifício de entrada do TOT a cada 4 horas, para manter a cavidade oral limpa, evitando a contaminação da traquéia, prevenindo a formação de lesões da mucosa, proporcionando, assim, mais conforto ao paciente;
- Hidratação dos lábios a cada 4 horas, a fim de evitar ressecamento e fissuras labiais;
- A troca e/ou fixação do cadarço ou da cânula deve ser feita após a higiene oral;
- Utilização de gazes no local do posicionamento do tubo para evitar a formação de fissura labial e colocar sob os cadarços para não haver formação de escaras, sempre que necessário;
- Aspiração do TOT com técnica asséptica, sempre que necessário conforme **POP 8.2**.

REFERÊNCIAS:



GOMES, G.P.L.A, REZENDE, A.A.B., ALMEIDA, J. D’A.P, et al.. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE on line** vol.3, n.4 pag:808-13. Outubro/dezembro de 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO, Ano 2009. Universidade Federal de Minas Gerais- Hospital Universitário. Disponível em:<<http://www.hc.ufmg.br/enfermagem/links/9679fe28253aaf82c5629df40ba7412855dc3721.pdf>>. Acesso em 24 nov 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Assistência ao Paciente submetido a Intubação Orotraqueal (IOT)				CÓDIGO POP – 8.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
24/11/2015	24/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR:
Saulo Bezerra Xavier

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Desmame da Assistência Ventilatória Mecânica		CÓDIGO POP – 8.6			
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação					
Data de Emissão 25/11/2015	Data de Aprovação 25/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 05

01- DEFINIÇÃO: O **Desmame** é transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24

h. Interrupção de ventilação mecânica: refere-se aos pacientes que toleraram um teste de respiração espontânea e que podem ou não ser elegíveis para extubação. **Extubação:** é a retirada da via aérea artificial. No caso de pacientes traqueostomizados, utiliza-se o termo **decanulação**. **Ventilação mecânica prolongada:** é a dependência da assistência ventilatória, invasiva ou não-invasiva, por mais de 6 h por dia, por tempo superior a três semanas, apesar de programas de reabilitação, correção de distúrbios funcionais e utilização de novas técnicas de ventilação.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores de assistência crítica do HU-UNIVASF.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Médicos: indicação de manutenção do suporte ventilatório ou dar início ao de desmame em descontinuidade do suporte ventilatório. **Fisioterapeuta:** progressão do desmame e extubação. **Enfermeiros e técnicos de enfermagem:** vigilância contínua do processo e orientação ao paciente Pré-Procedimento.

04- INDICAÇÃO: Pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas.

05- CONTRA-INDICAÇÕES: Situações de instabilidade clínica e/ou cirúrgicas e insuficiência respiratória grave.



06- DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DE DESMAME:

A avaliação diária é realizada e registrada em evolução, a partir do momento que completar mais de 24 horas de ventilação mecânica ou durante processo de discussões multiprofissionais. Na indicação de Teste de Respiração Espontânea - TRE, será realizada a abertura da ficha de **Check List do desmame** para avaliação (Anexo A). O teste de respiração espontânea é realizado em pressão de suporte 8-7 cmH₂O, PEEP 8-5 cmH₂O, de 30 até 120 minutos, ou através do TUBO T, com oferta de oxigênio suplementar de 50% por 30 minutos até 2h.

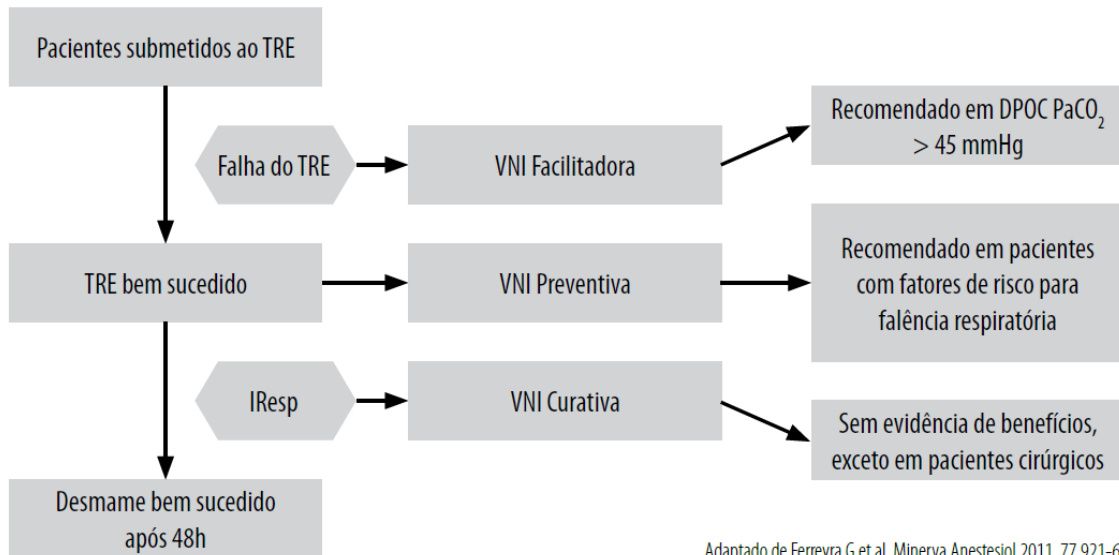
		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Desmame da Assistência Ventilatória Mecânica					CÓDIGO POP – 8.6	
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão 25/11/2015	Data de Aprovação 25/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 05	

realizada a abertura da ficha de **Check List do desmame** para avaliação (Anexo A). O teste de respiração espontânea é realizado em pressão de suporte 8-7 cmH₂O, PEEP 8-5 cmH₂O, de 30 até 120 minutos, ou através do TUBO T, com oferta de oxigênio suplementar de 50% por 30 minutos até 2h.

- Avaliar a tolerância ao teste: troca gasosa, hemodinâmica, frequência respiratória, conforto respiratório e nível de consciência. Caso haja intolerância ao TRE, dar-se-á continuidade ao processo de avaliação diária e em conjunto com equipe multiprofissional investigar o motivo da intolerância.
- Seguir fluxograma de descontinuação do suporte ventilatório. Pacientes em ventilação mecânica prolongada, seguir fluxograma de descontinuação do suporte ventilatório prolongado. Pacientes que são extubados e indicado Ventilação Não Invasiva - VNI, manter por no mínimo 06 horas diárias e após 24h inicia-se tentativas de intercalar VNI x oxigenoterapia. Porém os pacientes que são extubados e permanecem dependentes da VNI por mais de 48 horas, são considerados insucesso de desmame.
- **Crítérios para considerar a aptidão para o desmame:** Realizar a Busca Ativa incluindo os seguintes tópicos:
 - Causa da falência respiratória resolvida ou controlada;
 - PaO₂ ≥60 mmHg com FIO₂ ≤0,4 e PEEP ≤5 a 8 cmH₂O;
 - Hemodinâmica estável, com boa perfusão tecidual, sem ou com doses baixas de vasopressores;
 - Ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica;
 - Paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios;
 - Balanço Hídrico zerado ou negativo nas últimas 24 horas;
 - Equilíbrio acidobásico e eletrolítico normais.
 - Adiar extubação quando houve programação de transporte para exames ou cirurgia com anestesia geral nas próximas 24h.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Desmame da Assistência Ventilatória Mecânica				CÓDIGO POP – 8.6		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

- **Sinais de intolerância ao Teste de Respiração Espontânea**
 - Frequência respiratória > 35 rpm;
 - Saturação arterial de O₂ < 90%;
 - Frequência cardíaca > 140 bpm;
 - Pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou < 90 mmHg
 - Sinais e sintomas Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência.
- **Papel da VNI Pós- Extubação:**



- **Classificação dos pacientes em Desmame**
 - Simples: sucesso no primeiro TRE;
 - Difícil: quando o paciente falha no primeiro TRE e necessita de até três (03) TRE ou até sete dias pós o primeiro TRE.
 - Prolongado: quando o paciente falha em mais de três (03) TRE consecutivas ou com necessidade > 7 dias de desmame após o primeiro TRE.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Desmame da Assistência Ventilatória Mecânica				CÓDIGO POP – 8.6		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

07-REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

REFERÊNCIAS:

GOLDWASSER R, FARIAS A, FREITAS EE, et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. In: Carvalho CR, coordinator. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007;33(Suppl 2S):S128-S136;

BROCHARD L, RAUSS A, BENITO S, CONTI G, MANCEBO J, REKIK N, et al. Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150(4):896-903. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013;

FERRER M, VALENCIA M, NICOLAS JM, BERNADICH O, BADIA JR, TORRES A. Early noninvasive ventilation averts extubation failure in patients at risk: a randomized trial. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:164–170.

ELABORADO POR: Fabrício Olinda de Souza Mesquita						
NOME / ASSINATURA						
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima / Res. Enfermagem Lucas Borges de Oliveira						
NOME / ASSINATURA						
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes						
NOME / ASSINATURA						
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira						
NOME / ASSINATURA						
 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Desmame da Assistência Ventilatória Mecânica				CÓDIGO POP – 8.6		
ÁREA EMITENTE: Unidade de Reabilitação						
Data de Emissão 25/11/2015	Data de Aprovação 25/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 05 de 05	

□

Padronização do Desmame da Ventilação Mecânica

Data: ___/___/___

Paciente: _____ Idade: _____

Diagnóstico: _____

Tempo de Int. na UTI: _____ Tempo de VM: _____ TOT () TQT ()

Crterios Clnicos	Sim	Não
Reverso da causa que levou a Intubao		
Suspensao do uso de sedativos ou bloqueadores neuromusculares		
Nvel de Conscincia (GCS > 8)		
Suspensao ou reduao do uso de farmacos vasoativos		
Presena de drive respiratorio		
Reflexo de tosse preservado		
Ausencia de sepse e controle de infeao		
Estabilidade hemodinamica		
Correao ou ausencia de sobrecarga hidrica (<=1000 ml nas ultimas 24h)		
Ausencia de expectativa de procedimento cirurgico de grande porte		
Ausencia de edema de edema de glote (Cuff leak test)		
Controle de anemia (Hb > 8g/dl)		
Equilibrio acido-basico e eletrolitico		

Parâmetros Gasométricos pré TRE

pH: _____ PaO₂: _____ PaCO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____ SatO₂: _____ IO: _____

Parâmetros Gasométricos pós TRE

pH: _____ PaO₂: _____ PaCO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____ SatO₂: _____ IO: _____

PaO₂ > 60mmHg; pH >7,3 <7,6; SatO₂ > 90%; FiO₂ ≤ 40%; IO > 150

Teste de Respiração Espontânea:

() PS/PEEP (7/5 cmH₂O) () Tubo T Tempo de Desmame: _____

Sinais de intolerância do Teste de Respiração Espontânea	Sim	Não
SatO ₂ < 90%		
FR > 35ipm		
Sudorese		
Agitação ou sonolência		
Uso da musculatura acessoria		
PAS < 90 ou > 180mmHg		
FC > 140bpm		

Preditores de Sucesso do Desmame



Medida	Valores Esperados	Mensuração do Paciente
P _{lm} ax	≤ -30 cmH ₂ O	
P _{Em} ax	> 40 cmH ₂ O	
FR/VC	< 105 ipm/L	
IWI	>25	

() Falha do TRE. Causa: _____

Decisão da Extubação: () Sim () Não * Considerar o uso da VNI pós extubação.

() Falha de Extubação. Causa: _____

Fisioterapeuta

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Limpeza e Cuidados com Traqueóstomo				
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 03/12/2015	Data de Aprovação 03/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 02

01- DEFINIÇÃO: Os cuidados com a traqueostomia visam a manutenção da passagem de ar e oxigênio para o paciente.

02- OBJETIVO: Prestar cuidados adequados com a traqueostomia.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.



04- INDICAÇÃO: Três vezes ao dia (manhã, tarde e noite) ou sempre que necessário.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luva estéril;
- Equipamentos de Proteção Individual;
- Gaze;
- Cuba redonda pequena inox estéril;
- Água oxigenada a 10%;
- Ácidos Graxos Essenciais (AGE);
- Água destilada.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Estabelecer uma comunicação com o paciente (escrita, gestos, labial, etc.), explicando o procedimento a ser realizado, se cliente consciente;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Preparar todo o material;
- Colocar máscara;
- Calçar luvas estéreis;
- Remover a subcânula do traqueóstomo, dispendo-a imersa em solução de água oxigenada a 10% na cuba redonda, por 30 minutos;
- Após os 30 minutos, proceder a limpeza interna da cânula com a ajuda de gaze, retirando todo o resíduo de secreção;
- Após a remoção da secreção residual, lavar a subcânula com água destilada;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Cuidados com Traqueóstomo				CÓDIGO POP – 8.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
03/12/2015	03/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02

- Enxugar a subcânula com gaze estéril;

- Reposicionar a subcânula no traqueóstomo, limpa, enxuta e livre de resíduo de secreção;
- Assegurar que a fixação do traqueóstomo seja trocada sempre que esta encontrar-se suja, frouxa ou apertada;
- A troca e/ou fixação do cadarço ou da cânula deve ser feita após a higiene;
- Utilização de gases com AGE no local do posicionamento do traqueóstomo para evitar lesões e colocar sob os cadarços;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

07- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

REFERÊNCIAS:

SMELTZER, S.C.; BARE. B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ELABORADO POR: Saulo Bezerra Xavier					
NOME / ASSINATURA					
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima / Enf ^o Residente Lucas Borges de Oliveira					
NOME / ASSINATURA					
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes					
NOME / ASSINATURA					
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira					
 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Eletrocardiograma				CÓDIGO POP – 9.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 09/11/2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É um exame utilizado para avaliar atividade elétrica do coração além de avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca, analisar a função do marcapasso, avaliar a resposta a medicações (antiarrítmicos) e obter um registro basal antes de um procedimento médico.

02- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de Eletrocardiograma (ECG) de forma a aperfeiçoar o serviço e oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e médicos.



04- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

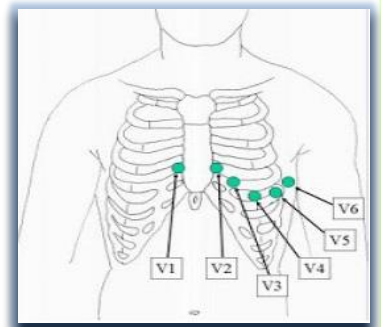
- Eletrocardiógrafo com cabos de paciente e cabo elétrico;
- Papel termo sensível adequado ao aparelho;
- Braçadeiras e 06 eletrodos descartáveis ou pêras;
- Pacote de gaze;
- Gel hidrossolúvel;
- Álcool a 70%;
- Aparelho de tricotomia descartável ou tesoura para aparar os pelos (se necessário).



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra, cabo do usuário, braçadeiras e eletrodos ou pêras;
- Higienizar as mãos conforme orientação da CCIRAS;
- Separar e levar os materiais para o local do exame;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Eletrocardiograma				CÓDIGO POP – 9.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
09/11/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Conferir a identidade do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e /ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Conectar o aparelho à rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar ao usuário que exponha o tórax, punhos e tornozelos;
- Verificar se o paciente está em contato com alguma parte metálica da cama e afastar se estiver a fim de evitar interferências;
- Abaixar a cabeceira a 0 °, com exceção em caso de contraindicações;
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar movimentar-se, tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar interferências;
- Limpar com algodão embebido em álcool 70% nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) onde serão colocados as braçadeiras e eletrodos/pêras;
- Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nos membros conforme determinado, usando gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante), a saber:
 - Braço direito: Eletrodo vermelho;
 - Braço esquerdo: Eletrodo amarelo;
 - Perna direita: Eletrodo preto;
 - Perna esquerda: Eletrodo verde.
- Colocar os eletrodos descartáveis ou pêras na linha precordial, conforme indicação do fabricante, a saber:
 - V1: 4º Espaço intercostal, no bordo direito do esterno;
 - V2: 4º Espaço intercostal, no bordo à esquerda do esterno;
 - V3: 5º Espaço intercostal entre V2 e V4;
 - V4: 5º Espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda
 - V5: 5º Espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda
 - V6- 5º Espaço intercostal e linha axilar média à esquerda





		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Eletrocardiograma				CÓDIGO POP – 9.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 09/11/2015	Data de Aprovação 09/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Conectar os cabos aos respectivos eletrodos ou pêsas;
- Verificar se todas as derivações estão no lugar correto;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Não se encostar ao leito durante o procedimento;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Desligar o aparelho, desconectar os cabos do paciente e retirar os eletrodos ou pêsas e braçadeiras;
- Limpar o gel da pele do paciente;
- Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente;
- Identificar a fita/ folha de registro do eletrocardiograma com: Setor de internamento, nome do usuário, idade, sexo, número do registro, data e hora;
- Anexar a fita do eletrocardiograma à solicitação do exame;
- Proceder à desinfecção das braçadeiras e pêsas com a gaze umedecida com álcool a 70%;
- Guardar o eletrocardiógrafo em local adequado, mantendo ligado à rede elétrica;
- Manter o usuário confortável, deixando o local em ordem;
- Higienizar as mãos, conforme CCIRAS;
- Anotar os dados no prontuário, em formulários próprios e no módulo procedimentos de enfermagem;
- Assinar e carimbar o registro.

07- OBSERVAÇÕES

- Retirar objetos metálicos: brincos, anéis, correntes, pulseiras, celulares, cintos e etc.;
- Eliminar causas de interferências na gravação: sujeira, suor, excesso de pelos, bateria fraca ou posicionamento inadequado do equipamento.

08- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Eletrocardiograma				CÓDIGO POP – 09.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
09/11/2015	09/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04	

REFERÊNCIAS

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

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

ELABORADO POR: Larycia Vicente Rodrigues
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR; Enfª Residente Naara Carol Costa Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção Arterial para Gasometria				CÓDIGO POP – 9.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É o procedimento de punção à rede arterial do indivíduo utilizando-se uma seringa conectada a uma agulha para coletar sangue para análise gasométrica.

02- OBJETIVO: Padronizar a técnica de punção arterial para gasometria, que auxilia no diagnóstico, conduz terapêutica e detecta o nível dos gases (O₂ e CO₂) no sangue, avaliando a adequação da oxigenação e ventilação e o estado acidobásico através da medição dos componentes respiratórios e não respiratórios.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e médicos. Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Seringa de 01 ou 03 ml;
- Heparina sódica 5.000UI/ml de 05 ml;
- Par de luvas de procedimento e demais EPIs;
- Cuba rim;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- 01 agulha de pequeno calibre compatível com o cliente e compatível com o sítio de punção (13x4,5 ou 25x07)
- Algodão ou gaze não-estéril;

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Preparar a etiqueta de identificação do material com nome completo do paciente, data e horário da coleta;
- Fazer a desinfecção da cuba rim com álcool a 70%, sempre aguardando a secagem espontânea, repetindo esse processo por 03 vezes;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Colocar luvas de procedimento e demais EPIs;
- Identificar a seringa com a etiqueta previamente preparada;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção Arterial para Gasometria				CÓDIGO POP – 9.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Heparinizar a seringa: aspire uma quantidade mínima de heparina com a seringa e devolva o conteúdo aspirado para o frasco, com o intuito de somente molhar a seringa, (volumes excessivos de heparina podem causar alterações no pH da amostra);
- Posicionar o cliente, se possível sentado ou em decúbito dorsal, para mantê-lo confortável e facilitar a avaliação da artéria;
- Escolher a área para realização do procedimento;
- Colocar o membro em hiperextensão;
- Realizar a antisepsia com gaze ou algodão embebido em álcool, em movimento retilíneo;
- Se possível e se for necessário, realizar teste de Allen;
- Introduzir a agulha em ângulo diferenciado para coletar o sangue (em ângulo de 30 a 45 graus se radial e 90 graus para femoral);
- Certificar-se que punccionou a artéria, observando o aspecto e cor do sangue;
- Aspirar aproximadamente 1,0 ml de sangue;
- Comprimir o local da punção com gaze por 3 a 5 min após a retirada da agulha para facilitar a hemostasia;
- Rolar suavemente a seringa nas mãos, para homogeneizar a amostra;
- Proceder ao processamento e leitura do sangue no gasômetro, colocando o resultado anexado ao prontuário;
- Desprezar o material em local adequado;
- Fazer limpeza da cuba rim com água e sabão e desinfecção com álcool 70%;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos conforme protocolo da CCIRAS;
- Fazer o registro em prontuário.

06- OBSERVAÇÕES:

- Locais de punção por ordem de preferência: artérias radiais, braquiais e femorais;
- **Teste de Allen:** deve ser realizado sempre que possível, quando a artéria radial for o sítio de punção escolhido. Consiste em segurar a mão do cliente firmemente, comprimindo as duas artérias cubital e radial. O paciente então, abre e fecha a mão até que ela esteja esbranquiçada.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Punção Arterial para Gasometria				CÓDIGO POP – 9.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

- O examinador então remove a pressão da artéria cubital e observa o retorno da coloração da mão. Quando há retorno da coloração em até 07 segundos o enchimento cubital é adequado, se houver demora de mais de 15 segundos, o enchimento cubital é inadequado e fica contraindicado a punção da artéria radial.



REFERÊNCIAS

Hospital Universitário Pedro Ernesto – Protocolo Operacional Padrão de Enfermagem, Nº042, 01ª revisão, Rio de Janeiro, 2014;

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Divisão de Enfermagem – Protocolo Operacional Padrão, Código Den POP – 003/2011, Rio de Janeiro, 2011.

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

ELABORADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Andreza Monteiro Cavalcante
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Secreção de Aspirado Traqueal para Cultura Microbiológica				CÓDIGO POP – 10.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03	

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores do HU-UNIVASF.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Fisioterapeutas, enfermeiros e médicos.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Frasco estéril específico bronquinho (coletor azul com duas vias), disponível no laboratório; sonda de aspiração nº12 ou 14; látex para aspiração; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável; e touca.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Deverá ser realizada por duas pessoas, uma que fará a aspiração e a outra que irá manipular o vácuo, que será utilizado para aspirar a amostra no frasco de coleta;

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;
- Calçar luvas de procedimento e colocar óculos de proteção e máscara;
- Posicionar o paciente adequadamente com a cabeceira elevada;
- Conferir régua de gases (funcionamento do vácuo);
- Calçar as luvas estéreis e preservá-las (manter a técnica asséptica);
- Conectar a sonda ao látex e o látex ao vácuo;
- Inserir a sonda de aspiração só até o final do tubo sem exercer, inicialmente, aspiração ou inserir a sonda de aspiração na traqueostomia, distante o bastante para estimular o reflexo da tosse;
- Realizar aspiração delicadamente, encerrando o movimento, tão logo, esteja presente a secreção no frasco coletor;
- Encaminhar ao laboratório.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Secreção de Aspirado Traqueal para Cultura Microbiológica				CÓDIGO POP – 10.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03



07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo
- Se um paciente com cânula ou tubo endotraqueal apresenta secreção traqueobrônquica em quantidade suficiente para a aspiração, instilar soro fisiológico no procedimento de aspiração traqueal pode ser ou não necessário. O critério para a utilização do soro deve ser a quantidade, fluidez ou espessamento das secreções traqueobrônquicas

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Secreção de Aspirado Traqueal para Cultura Microbiológica				CÓDIGO POP – 10.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	



REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.** Brasília-DF,2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica,** São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia.** 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Hemocultura			CÓDIGO POP – 10.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos do Laboratório, Enfermeiros e médicos.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Para coleta de hemocultura são utilizados frascos específicos que estão à disposição no Laboratório; Seringa de 20ml; algodão embebido com álcool; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável; e touca.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Colher antes da administração de antibióticos;
- Lavar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Remover os selos das tampas dos frascos de hemocultura e fazer assepsia prévia nas tampas com álcool 70%;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Garrotear o braço do paciente e selecionar uma veia adequada;
- Fazer a antisepsia com clorexidina alcoólica, friccionando a pele em círculos semiabertos a partir do ponto a ser punccionado. Secar por 30 segundos. Em seguida, aplicar novamente o clorexidina alcoólica utilizando novo algodão ou gaze. Esperar cerca de 30 segundos para secar, repetir o procedimento por mais uma vez e aguardar secar;
- Calçar luvas estéreis e realizar a punção sem colocar a mão no local;
- Aspirar os seguintes volumes de sangue: adulto: 8-10 ml por frasco; crianças 3 ml por frasco; neonatos até 1 ano: 0,5 - 1,5 ml, preferencialmente > 1 ml por frasco; (se peso corporal < 1800 g, coletar apenas 1 amostra);
- Soltar o garrote;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta para Hemocultura				CÓDIGO POP – 10.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Retirar a agulha do local da punção;
- Pressionar o local da punção com gaze seca;
- Fazer a inoculação do sangue diretamente no frasco **sem fazer a troca da agulha**. Deixando-o escoar livremente, pois os frascos para hemocultura são fechados a vácuo. Homogeneizar a amostra por inversão do frasco, duas a três vezes;
- Identificar os frascos com nome do paciente, setor, data, hora, local da punção e número da amostra. **Caso use a etiqueta de identificação do paciente, não a coloque sobre o código de barras presente no frasco;**
- Encaminhar o material ao laboratório o mais breve possível **EM TEMPERATURA AMBIENTE.**



07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Local da punção e número da amostra.



08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.
- **NÚMERO DE FRASCOS A SEREM COLETADOS:** Para maior clareza, será definido neste documento que a coleta de uma amostra de hemocultura corresponde a uma punção. **Cada punção corresponde a dois frascos para adultos ou um frasco para pacientes pediátricos até 13kg.**

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta para Hemocultura				CÓDIGO POP – 10.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- **FRASCOS UTILIZADOS E INTERVALOS ENTRE AS PUNÇÕES:** Endocardite bacteriana aguda: coletar três amostras de punções venosas diferentes (braço direito e esquerdo), no tempo zero, assim que requisitado, 30 e 60 minutos, totalizando 6 frascos, sendo que desses 6 frascos **dois serão para anaeróbios**. Endocardite bacteriana subaguda: coletar três amostras, nas primeiras 24 horas (zero, 30 e 60 minutos), de punções venosas diferentes. Colher, de preferência, as duas primeiras antes do início da febre. Se, após 24 horas de cultivo, não apresentarem crescimento bacteriano, colher mais três amostras. Infecções sistêmicas e localizadas como sepses aguda, meningite, osteomielite, artrite ou pneumonia bacteriana aguda: coletar duas amostras de punções venosas diferentes, antes da antibioticoterapia, com intervalos de 30 minutos entre as punções. Se possível, 10ml a 20ml por amostra.
- **EVITAR A COLETA DURANTE O PICO FEBRIL:** A coleta de sangue durante o pico febril evidencia uma menor concentração de bactérias devendo por esse motivo ser evitada. No paciente com febre constante, colher em qualquer horário.
- **ATENÇÃO:**
 - Não é indicada a troca de agulha para inoculação do sangue no frasco, exceto quando a punção for realizada através de scalpe;
 - Coletar preferencialmente antes de iniciar a antibioticoterapia, se já estiver recebendo antibiótico, coletar o sangue 01 hora antes da próxima infusão de antibiótico;
 - Não é recomendado a técnica de coleta através de cateteres ou cânulas quando se podem utilizar punções venosas;
 - Punções arteriais não trazem benefícios na recuperação dos microrganismos quando comparadas com punções venosas. É inadequada a coleta de sangue via cateter venoso central pré inserido;
 - A identificação do frasco deve ser feita com esparadrapo, pois na fita crepe a identificação pode ser apagada na presença de líquidos;
 - O volume ideal corresponde a 10% do volume total do frasco de coleta;
 - Quando ocorrer a coleta de outros exames além da hemocultura, colocar primeiramente o sangue no frasco de hemocultura e não utilizar heparina na seringa. **Hemocultura é um exame de URGÊNCIA!!!**

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta para Hemocultura				CÓDIGO POP – 10.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04	



REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.** Brasília-DF,2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Ponta de cateter intravascular para Cultura		CÓDIGO POP – 10.3			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores do HU-UNIVASF.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e médicos.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Coletor universal (tampa vermelha); lâmina de bisturi ou tesoura estéril; gaze estéril; álcool a 70%; luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável e touca.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Deve ser salientado que os mesmos cuidados de desinfecção utilizados na introdução do cateter devem ser adotados no momento da retirada;
- Limpar a pele com clorexidina alcóolica antes de remover o cateter (no mínimo 3x);
- Colocar luvas estéreis e segurar a porção exposta do cateter e remover cuidadosamente o cateter do paciente, cuidar para evitar o contato com a pele;
- Segurar a porção distal sobre um recipiente estéril e cortar a ponta, aproximadamente 5cm (a que estava inserida na veia do paciente), com tesoura estéril ou lâmina de bisturi, deixando-a cair dentro do recipiente estéril, sem meio de cultura;
- **Não dobrar ou enrolar a ponta do cateter. É necessário que a ponta esteja reta para rolar sobre a placa do meio de cultura;**
- O material deve ser transportado imediatamente ao laboratório evitando sua excessiva secagem (**no máximo 15 minutos após coleta**).
- Obs: Cateteres aceitáveis para cultura semi-quantitativa: Central, CVP, Hickman, Broviac, periférico, arterial, umbilical, alimentação parenteral e Swan-Ganz.
- **ATENÇÃO: Para melhor correlação clínica – infecção relacionada ao cateter – recomenda-se a coleta de hemocultura de sangue periférico no momento da retirada do cateter.**

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Ponta de cateter intravascular para Cultura				CÓDIGO POP – 10.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.



08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- Enviar a ponta do cateter para cultura somente se houver sinal de infecção (inflamação no sítio de inserção, febre, sinais de sepse ou bacteriemia documentada sem foco de infecção aparente).
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

REFERÊNCIAS:



AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA.
**MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO
RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos
Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.**
Brasília-DF, 2013.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de Ponta de cateter intravascular para Cultura				CÓDIGO POP – 10.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de secreção nasal para cultura			CÓDIGO POP – 10.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Swab com meio de cultura para transporte, disponível no Laboratório; pacote de gaze estéril; luvas de procedimento; óculos protetor; avental descartável; e touca.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Lavar as mãos com água e sabão ou higienizá-las com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover o excesso de secreção ou exsudato nasal;
- Inserir, delicadamente, o swab em aproximadamente 2,5cm de uma das narinas ou até sentir resistência e fazer movimentos rotatórios no mesmo sentido por 10 a 15 segundos.
- Remover o swab e colocá-lo em meio de transporte;
- Encaminhar o material o mais rápido possível ao Laboratório.

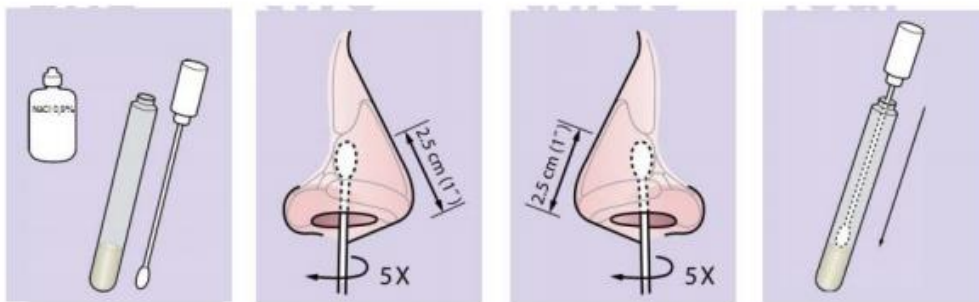


Figura 01: Desenho esquemático para coleta de secreção nasal.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de secreção nasal para cultura				CÓDIGO POP – 10.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	

07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.



09- OBSERVAÇÕES:

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

REFERÊNCIAS:



AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA.
**MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO
RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos
Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.**
Brasília-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos
Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de secreção nasal para cultura				CÓDIGO POP – 10.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 16/11/2015	Data de Aprovação 16/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03	

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de urina para Urocultura				CÓDIGO POP – 10.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

1. **OBJETIVO:** Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.
2. **ABRANGÊNCIA:** Todos os setores do HU-UNIVASF.
3. **PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS:** Enfermeiros; O paciente também pode estar envolvido no processo de coleta.
4. **INDICAÇÃO:** O exame é realizado por indicação médica.
5. **MATERIAL NECESSÁRIO:** Coletor universal (tampa vermelha); gaze estéril; material para higiene íntima (ver protocolo); PVPI; material para sondagem de alívio (ver protocolo); luva de procedimento e luva estéril; óculos protetor; avental descartável e touca.
6. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**
 - ✓ **Amostra de urina de jato médio**
Feminina
 - Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;
 - Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento; separar os grandes lábios;
 - Higienizar a área genital de frente para trás com gaze embebida em PVPI – Iodo (assim que o HU –UNIVASF fizer a aquisição da clorexidina aquosa a 0,2%, esta deverá ser usada em substituição ao PVPI- Iodo), novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes); observar protocolo institucional;
 - Manter os grandes labios separados, desprezar o primeiro jato no vaso sanitário e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para o coletor universal (tampa vermelha);
 - Encaminhar ao laboratório o mais rápido possível.
 - **A coleta do jato médio urinário deve ser evitada durante o período menstrual.** Na necessidade de coletar amostra neste período a paciente deve ser orientada a utilizar

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Coleta de urina para Urocultura				CÓDIGO POP – 10.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.	

Emissão 16/11/2015	Aprovação 16/11/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	02 de 05
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------



absorvente interno e posteriormente realizar o procedimento de higiene íntima conforme descrito acima.

Masculina

- Lavar as mãos; calçar luvas de procedimento;
- Retrair o prepúcio (se necessário), higienizar a genitália externa com gaze embebida em PVPI – Iodo (assim que o HU –UNIVASF fizer a aquisição da clorexidina aquosa a 0,2% esta deverá ser usada em substituição ao PVPI- Iodo), novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes), dando atenção especial ao meato uretral, enxaguar a região para retirar a clorexidina utilizando outra gaze umedecida em água (repetir o procedimento com água duas vezes); observar protocolo institucional;
- Desprezar o primeiro jato no vaso sanitário e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para o coletor universal (tampa vermelha);
- Encaminhar ao laboratório o mais rápido possível.
- ✓ **Amostra de urina de qualquer jato**

É a amostra obtida de crianças com o auxílio de um saco coletor ou de pessoas de idade que não conseguem fazer retenção urinária para a micção. Fazer a higiene da região genital, coxas e nádegas com gaze embebida em PVPI – Iodo (assim que o HU –UNIVASF fizer a aquisição da clorexidina aquosa a 0,2%, esta deverá ser usada em substituição ao PVPI- Iodo), novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto (repetir o procedimento com água duas vezes); observar protocolo institucional;

Utilizando outra gaze embebida em água enxaguar retirando o sabão ou a clorexidina. Fixar o saco coletor assepticamente. Trocar o saco a cada 45 minutos repetindo a higiene a cada troca. **Se houver contaminação fecal a amostra deve ser desprezada e o procedimento reiniciado.** Não enviar ao laboratório a amostra caso a criança tenha defecado. Após a micção, retirar cuidadosamente o coletor, fechar e enviar ao laboratório o mais rápido possível. Em pacientes de qualquer idade que não conseguem reter a urina, fazer a higiene com água e sabonete, conforme descrito para urina de jato médio.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Coleta de urina para Urocultura		CÓDIGO POP – 10.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.

Emissão 16/11/2015	Aprovação 16/11/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	03 de 05
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------

✓ **Pacientes com cateter urinário**

Fechar a sonda **30 minutos antes da coleta**. Utilizando gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina alcoólica, realizar a desinfecção da porção superior da cânula, aspirar quando possível 20ml da urina utilizando seringa e agulha estéreis. A urina deverá ser transferida para o coletor universal (tampa vermelha) e em seguida enviada ao laboratório o mais rápido possível. **NUNCA** coletar urina da bolsa coletora do cateter.

✓ **Urina coletada por sonda de alívio**

A passagem de sonda de alívio é preferencialmente indicada pelo médico e o procedimento é feito pela equipe de enfermagem. É recomendado desprezar o fluxo inicial (aproximadamente 30ml) antes de recolher a amostra para cultura. A decisão de passar sonda de alívio é do médico e não do laboratório.

✓ **Punção suprapúbica**

A amostra coletada por seringa e agulha diretamente da bexiga, o procedimento é realizado pelo médico do paciente e é indicado para cultura de anaeróbios e coleta infantil quando houver dúvidas na interpretação dos resultado da cultura de urina.



✓ **Urina de Primeiro Jato**

Esse tipo de mostra pode ser utilizada como substituto da secreção uretral para pesquisa de agentes infecciosos da uretra, quando essa é escassa ou não pode ser obtida par cultura. Higienizar a área genital conforme descrito para urina jato médio, coletar os primeiros 10ml de urina.

7- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado e como foi coletado: urina jato médio, colhida com saco coletor, colhida com sonda de alívio ou punção.

8- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Coleta de urina para Urocultura		CÓDIGO POP – 10.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.

Emissão 16/11/2015	Aprovação 16/11/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	04 de 05
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------



9- OBSERVAÇÕES:

- Coletar a urina, sempre que possível, antes da antibioticoterapia. **NUNCA coletar urina de comadre ou papagaio ou do sistema fechado de sondagem (coletor de urina).**
- Obter a primeira urina da manhã sempre que possível ou reter a urina na bexiga por no mínimo 2 horas antes de realizar a coleta. A permanência da urina na bexiga por pelo menos 4 horas é o ideal pois diminui o número de resultados falso negativos. **Não forçar a ingestão de líquido a fim de induzir a micção do paciente,** líquidos em excesso irão diluir a urina, diminuindo a contagem de colônias ou gerando resultados falso negativos.
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA e/ou TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.** Brasília-DF, 2013.



OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica,** São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

	<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>	
	<p align="center">Coleta de urina para Urocultura</p>	

ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase)		CÓDIGO

					POP – 10.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05	

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Para a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes o paciente irá participar ativamente da coleta, no entanto a supervisão direta dos enfermeiros ou fisioterapeutas garante um melhor resultado.



04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Baciloscopia para TUBERCULOSE: Coletor universal (tampa vermelha); luvas de procedimento; óculos protetor; avental descartável e touca;
- Baciloscopia para HANSENÍASE: Lâmina para esfregaço, lâmina de bisturi, pinça, gaze, álcool 70%, óculos protetor; avental descartável e touca.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- ✓ **Técnica de coleta(Baciloscopia para TUBERCULOSE)**
- O primeiro escarro da manhã, antes da ingestão de alimentos é considerado a melhor amostra;
- O paciente deve escovar os dentes **sem creme dental** e enxaguar a boca várias vezes com a água, inclusive com gargarejos;
- Quando for o caso, retirar a protese dentária antes da coleta;
- Respirar fundo várias vezes, e tossir profundamente, a amostra deve vir do peito e não da garganta;
- Recolher o escarro expectorado dentro de um frasco de boca larga com tampa rosca ou coletor universal de tampa vermelha, fornecido pelo laboratório, encostando a borda do frasco abaixo do labio anterior, certificando-se que não contaminou a parte externa do frasco;
- Fechar bem o frasco e levar ao laboratório.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
	Baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase)	



					POP – 10.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

• **ATENÇÃO:**

- **o escarro obtido deve ser PURULENTO, amostras constituídas por saliva são impróprias para análise bacteriológica pois não representam o trato respiratório inferior.**
- Coletar a amostra sempre que possível antes da antibioticoterapia. Deverão ser coletadas duas amostras em dias consecutivos. A primeira amostra deve ser colhida de imediato, isto é, no local da consulta, em um lugar arejado e distante das pessoas. Se não for possível realizar a coleta no local da consulta, o paciente deve colher à noite, antes do jantar. O profissional de saúde deve entregar os escarradores já identificados e simular a técnica de coleta durante as orientações. Realizar a segunda coleta no dia seguinte, logo ao acordar.

✓ **Técnica de coleta (Baciloscopia para HANSENÍASE)**

- É importante que o local seja arejado, limpo e com boa iluminação;
- Acomodar o paciente confortavelmente;
- Explicar o procedimento que será realizado. No caso de criança explicar também para a pessoa responsável;
- Observar indicações dos sítios de coleta na solicitação médica;
- Manusear a lâmina pelas bordas evitando colocar os dedos no local onde a amostra será distribuída;
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente e o local que foi colhida a amostra;
- No momento de cada coleta fazer antissepsia com álcool 70%, dos sítios indicados na solicitação médica;
- Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça;
- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material. Se fluir sangue no momento do

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase)		CÓDIGO

					POP – 10.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05	

procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequada) enxugar com algodão;

- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme;
- O primeiro esfregão deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância, de pelo menos 0,5cm entre cada amostra e assim sucessivamente. Os esfregaços devem estar no mesmo lado da parte fosca da lâmina;
- Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com algodão ou gaze embebido em álcool 70%, para que não ocorra a contaminação entre eles;
- Fazer curativo compressivo e nunca liberar o paciente se estiver sangrando.
- **ATENÇÃO:**
 - **Sítios de Coleta do Raspado Intradérmico:** Em pacientes com lesões cutâneas visíveis ou áreas com alteração de sensibilidade, a coleta deverá ser feita em lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e lesão (L), conforme figura 1. Nas lesões planas, coletar no limite interno. Nos nódulos, tubérculos e placas eritematosas marginadas por microtubérculos, coletar no centro.

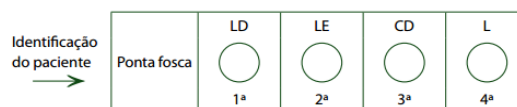


Figura 1 – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.

- Em pacientes que não apresentam lesões ativas visíveis, colher material do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE), conforme figura 2.

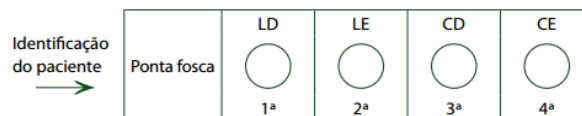


Figura 2 – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
	Baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase)	

					POP – 10.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

07- FRASCO UTILIZADO PARA COLETA E TRANSPORTE DA AMOSTRA:

- Baciloscopia para TUBERCULOSE: coletor universal (tampa vermelha) ou frasco de boca larga com tampa rosca, ambos disponíveis no laboratório.
- Baciloscopia para HANSENÍASE: lâmina de vidro para microscopia, nova, limpa e desengordurada, com ponta fosca.



08- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

09- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

10- OBSERVAÇÕES:

- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
	Baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase)	

ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
16/11/2015	16/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	2	05 de 05

REFERÊNCIA:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência À Saúde. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final.** Brasília-DF,2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica,** São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia.** 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p.

ELABORADO POR:

Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR:

Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR:



Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Coprocultura		CÓDIGO

					POP – 10.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03	

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Coletor universal (tampa vermelha) eswab com meio de cultura para transporte (cary blair).



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

✓ **Técnica de Coleta Simples**

- Evacuar em um recipiente limpo e seco. Não é indicado evacuar sobre jornal ou papel higiênico;
- Retirar o swab da embalagem, passar o lado que contém o algodão nas fezes, de preferência nas partes da amostra que contém muco, sangue ou pus, quando presentes.
- Abrir o tubo contendo meio de transporte;
- Colocar a parte de algodão impregnada de fezes dentro do meio de transporte;
- Identificar o tubo de forma legível com nome do paciente, nº do prontuário, setor, dia e a hora da coleta;
- Transferir para o frasco com tampa fornecido pelo laboratório uma porção da amostra de aproximadamente 5 ml de fezes diarreicas, ou 5g de fezes formadas (porção do tamanho de uma nóz), fechar bem o frasco. Identificar de forma legível com nome do paciente, nº do prontuário, setor, dia e a hora da coleta;
- Encaminhar o tubo com o swab e o frasco imediatamente ao Laboratório.

✓ **Técnica de Coleta Para o Swab Retal**

- Introduzir o swab no ânus, aproximadamente 1 cm e fazer movimentos rotatórios suaves por alguns segundos. Retirar o swab, certificar que existe coloração fecal no algodão e introduzir o swab no meio de Cary-Blair e fechá-lo.

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Coprocultura		CÓDIGO

					POP – 10.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

- Enviar ao Laboratório.
- Para facilitar a coleta, o swab pode ser umedecido em salina ou água destilada estéril.

✓ **Conteúdo De Colostomia, Ileostomia Ou Duodenal**

- Colocar em um coletor universal de tampa vermelha ou no meio de transporte Cary Blair e enviar imediatamente ao Laboratório.



07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e nº do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- Coletar a amostra durante a fase aguda da diarreia, preferencialmente antes da antibioticoterapia;
- Evitar que a amostra fecal tenha contato com a urina ou água do vaso sanitário;
- Não utilizar papel higiênico para coletar as fezes, pois ele pode ser impregnado com sais de bário, que são inibidores de patógenos fecais. Admite-se a coleta sobre fralda descartável nova, recolhendo-se as fezes APENAS DA PORÇÃO SUPERFICIAL DAS FEZES (NÃO COLETAR DAS FEZES EM CONTATO COM A FRALDA) logo após a evacuação, pois as fraldas podem ser impregnadas com sais de bário também;
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA** e/ou **TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo,

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
	Coprocultura	

					POP – 10.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo

REFERÊNCIAS:



AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos**

Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final. Brasília-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Coleta de Secreção de Feridas e Abscessos		CÓDIGO

					POP – 10.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04	

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de coleta para exames microbiológicos.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Médicos.

04- INDICAÇÃO: O exame é realizado por indicação médica.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Frasco estéril (quando for realizado aspirado) ou swabs com meio de cultura, ambos disponíveis no laboratório.



06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

• **TÉCNICA DE COLETA SIMPLES:**

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;
- Calçar as luvas estéreis;
- As margens e superfície da lesão devem ser descontaminadas com solução antisséptica aquosa e soro fisiológico, respectivamente;
- Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando-se, de preferência, aspirado com seringa e agulha. Quando a punção com agulha não for possível, aspirar o material somente com seringa tipo insulina;
- Se necessário, usar soro fisiológico para diminuir a viscosidade e facilitar a aspiração;
- Amostras coletadas com seringa e agulha deverão ser colocadas em um frasco estéril e encaminhado o mais rápido possível ao Laboratório.

• **TÉCNICA DE COLETA DE SECREÇÃO DE FERIDA COM SWAB**

- Higienizar as mãos;
- Explicar sempre que possível ao paciente o procedimento que será realizado;
- Preparar o material necessário;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Coleta de Secreção de Feridas e Abscessos		CÓDIGO

ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

- Calçar as luvas estéreis;
 - Optar pelo tecido aparentemente limpo e viável (granulação), pois é o local onde a infecção ocorre. A escarificação das bordas após antissepsia pode produzir material seroso que é adequado para cultura. Se a ferida apresentar excesso de esfacelos e tecido necrótico, eles deverão ser removidos previamente à coleta de swab;
 - Não coletar o pus emergente;
 - Quando a coleta for superficial, as margens da ferida devem ser descontaminadas com solução antisséptica aquosa e o restante da superfície da lesão deve ser limpa com solução fisiológica;
 - O swab poderá ser colhido de duas maneiras: a primeira é pela técnica de Z (Zig-zag), atingindo pelo menos dez pontos, com o cuidado de não tocar nas margens da ferida, sendo que em cada ponto deve ser realizado movimentos circulares. A segunda é pressionar e rodar o swab em seu próprio eixo, sobre 1cm² do tecido de granulação durante cinco segundos, a fim de expressar o fluido do tecido que provavelmente abriga os microrganismos. A pressão exercida no tecido com a haste do swab é de extrema relevância para a coleta de material, uma vez que as bactérias se alojam tanto dentro das células como entre as membranas.
- **TECNICA DE COLETA DE BIÓPSIA DA PELE**
 - Descontaminar a superfície com solução antisséptica aquosa, que deverá ser removida com solução fisiológica logo após a antissepsia;
 - Procedimento médico, coletar 3 mm a 4 mm de amostra;
 - Colocar em recipiente estéril contendo solução fisiológica fornecido pelo Laboratório.

07- IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS:

- Nome completo do paciente e n° do prontuário;
- Setor;
- Data e horário da coleta;
- Tipo de material coletado.

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
--	--	---

Coleta de Secreção de Feridas e Abscessos				CÓDIGO POP – 10.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 30/11/2015	Data de Aprovação 30/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04



08- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

09- OBSERVAÇÕES:

- Descrever o sítio anatômico da ferida bem como as informações adicionais (material de ferida superficial ou profunda). Essas informações são extremamente valiosas para o laboratório, auxiliando na interpretação dos resultados;
- **Swabs só serão utilizados quando não for possível a coleta de aspirado com seringa e agulha;**
- **Não coletar o pus emergente.** O material perto das margens da lesão e a parte mais profunda são mais representativos e possuem maior viabilidade de microrganismos;
- A cultura de secreções secas e crostas não é recomendada.
- A coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e desbridamento da lesão. Biópsia da pele é a técnica mais recomendada para feridas de queimaduras.
- A cultura para anaeróbicos de feridas e abscessos deverá ser realizada através da aspiração com seringa e agulha, após descontaminação da superfície;
- Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da amostra recebida. **COLETA e/ou TRANSPORTE INADEQUADOS** podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados;
- **TODA REQUISIÇÃO MÉDICA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS DEVE CONTER OBRIGATORIAMENTE:** Identificação do paciente: nome completo, número de prontuário, data de nascimento, setor, data da solicitação, identificação da amostra: tipo de amostra, uso de antimicrobianos, suspeita clínica, exames solicitados e identificação do médico requisitante e carimbo

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **Microbiologia clínica para o controle de infecção. Relacionada à assistência à saúde.** Módulo 4:

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
--	--	---

Coleta de Secreção de Feridas e Abscessos				CÓDIGO POP – 10.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final. Brasília-DF, 2013.

OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. **Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica**, São Paulo, 3ª ed, SARVIER, 2010.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827p p.

ELABORADO POR: Carine Rosa Naue – Bióloga – Laboratório HU
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Organização e Conferência de Carro de Emergência			CÓDIGO POP – 11.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- DEFINIÇÃO: Carro de emergência é o dispositivo que disponibiliza medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários para atender emergências médicas que envolvam potencial risco à vida.

02- OBJETIVO: Garantir o correto abastecimento dos materiais médico-hospitalares e medicamentos nos carros de emergência da instituição, visando o pronto atendimento adequado aos pacientes em situação de emergência.

03- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos e Médicos.

05- INDICAÇÃO DE ABERTURA: Em atendimento a situações emergenciais,

06- PROCEDIMENTOS:

Em caso de atendimento de emergência:

- Romper o lacre do carro;
- Localizar os medicamentos e insumos médico-hospitalares necessários, conforme Ckeck List presente no Anexo A;
- Após o término do atendimento, conferir os insumos médico-hospitalares utilizados, para que haja sua devida reposição pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Conferir e anotar os medicamentos utilizados no Mapa de Registro do Carro de Emergência, presente no Anexo B;
- Preencher os demais campos do Mapa de Registro do Carro de Emergência, presente no Anexo B;
- Fazer o pedido dos insumos médico-hospitalares utilizados ao setor de Almoxarifado;
- Fazer o pedido dos medicamentos utilizados ao setor de Farmácia;

Divisão de Enfermagem					
Organização e Conferência de Carro de Emergência				CÓDIGO POP – 11.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

- Fazer a reposição de todos os materiais utilizados, colocar e anotar o número do novo lacre no Mapa de Registro do Carro de Emergência, presente no Anexo B.

Em caso de conferência mensal:

- No 1º dia de cada mês, romper o lacre do carro;
- O Enfermeiro (a) responsável deve fazer a conferência das validades e quantidades de cada item presente no Ckeck List do Carro de Emergência, conforme Anexo A;
- Retirar os itens “vencidos” e/ou inapropriados para uso;
- Substituir todos os itens retirados, mediante pedido feito pelo Enfermeiro (a) responsável;
- Colocar novo lacre e registrar no Mapa de Registro do Carro de Emergência, presente no Anexo B, preenchendo todos os campos pertinentes.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: <
http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf>.

BRASIL. RDC n º57/2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada DOU em 17/12/2010.

Divisão de Enfermagem					
Organização e Conferência de Carro de Emergência				CÓDIGO POP – 11.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

ANEXO A – Check List do Carro de Emergência

1ª GAVETA			2ª GAVETA		
ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE	ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE
<u>Epinefrina 0,001%</u>			<u>Diazepam 10mg/mL</u>		
<u>Água destilada 10mL</u>			<u>Morfina 10mg/mL</u>		
<u>Atropina 0,25mg/mL</u>			<u>Midazolam 15mg</u>		
<u>Furosemida 20mg/mL</u>			<u>Succinilcolina 100mg</u>		
<u>Glicose 50%</u>			<u>Fenitoína sódica 50mg/mL</u>		
<u>Gluconato de cálcio 10%</u>			<u>Fentanila 0,0785 mg/mL – 2mL/amp</u>		
<u>Sulfato de magnésio 50%</u>			<u>Aminofilina 24mg/mL</u>		
<u>Bicarbonato de sódio 8,4%</u>			<u>Dobutamina 12,5mg/mL</u>		
<u>Hidrocortisona 500mg</u>			<u>Nitroglicerina 5mg/mL – 5mL/amp</u>		
<u>ASS 100mg</u>			<u>Metoprolol 5mg/mL – 5mL/amp</u>		
<u>Clopidogrel 75mg</u>			<u>Nitroprusseto de sódio 25mg/mL</u>		
<u>Isossobida 5mg</u>			<u>Dopamina 50mg/10mL</u>		
<u>Amiodarona 50mg/mL</u>			<u>Heparina sódica 5000UI/mL</u>		
<u>Adenosina 6mg</u>			<u>Norepinefrina 4mg/mL</u>		
3ª GAVETA			3ª GAVETA LATERAL		
ITEM	QUANTIDADE		ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE
<u>Luva de procedimento</u>			<u>Lidocaína 2% s/v</u>		
<u>Máscara descartável</u>			<u>Terbutalina 0,5mg/mL</u>		
<u>Touca descartável</u>			<u>Cloreto de sódio 20%</u>		
<u>Luva estéril 7,5/8,0/8,5</u>			<u>Cloreto de potássio</u>		
<u>Lâmina de bisturi nº24</u>			ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE
<u>Equipo p/ BIC fotossensível</u>			<u>Cateter de O₂ nasal</u>		
<u>Seringa 1cc/3cc/5cc/10cc/20/cc</u>			<u>Conjunto de NBZ</u>		
<u>Compressa de gazes</u>			<u>Umidificador</u>		
<u>Equipo p/ BIC</u>			3ª GAVETA LATERAL		
<u>Eletrodos</u>			ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE
<u>Fio cat-gut 2-0</u>			<u>Sonda nasogástrica nº 16/18/20</u>		
<u>Fio de sutura 2-0/3-0</u>			<u>Coletor sistema aberto p/ SNG</u>		
<u>Cateter central</u>			PRATELEIRA SUPERIOR		
ITEM	QUANTIDADE	VALIDADE	ITEM	VALIDADE	
<u>SG 5% 500mL</u>			<u>Ambu</u>		
<u>SF 0,9% 500mL</u>			<u>Desfibrilador</u>		
<u>SRL 500MI</u>			<u>Gel</u>		
<u>Água destilada 500mL</u>			<u>Laringoscópio c/ lâminas</u>		
<u>Manitol 250mL</u>			<u>Kit de intubação</u>		

Conferência: Enfermeiro/COREN _____ Data: _____

Divisão de Enfermagem					
Organização e Conferência de Carro de Emergência				CÓDIGO POP – 11.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
25/11/2015	25/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

ELABORADO POR: João Marcel Porto Alves/ Paula Nayara Menezes dos Santos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª Sâmia Letícia Lima Ribeiro/ Enfº Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Divisão de Enfermagem					
Paramentação Cirúrgica				CÓDIGO POP – 12.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01-DEFINIÇÃO: Procedimentos específicos e padronizados realizados pela equipe cirúrgica na preparação para o ato cirúrgico.

02-OBJETIVO: Promover formação de barreira contra a invasão de microrganismos no sítio cirúrgico e proteger os profissionais envolvidos no ato cirúrgico contra fluídos corpóreos.

03-PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe médica e instrumentadores no Bloco Cirúrgico

04-MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Roupa privativa do Centro Cirúrgico;
- Gorro;
- Propés;
- Óculos de proteção;
- Máscara;
- Avental Cirúrgico;
- Compressas estéreis;
- Luvas estéreis.

05-DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES:

- Vestir a roupa privativa do bloco, propés, gorro e máscara ao entrar no Bloco Cirúrgico;
- Antes de realizar a degermação das mãos, coloque a máscara e os óculos de proteção;
- Realizar a degermação das mãos na pia mais próxima a Sala de Operação;
- Entrar na sala operatória com os membros superiores fletidos para cima, sem encostá-los em áreas não estéreis e de costas;
- Seguir até a disposição de compressas em LAPs abertos ou solicitar compressas estéreis ao circulante de sala e aguardar sua abertura;
- Retirar a compressa acondicionada sobre o LAP e realizar a secagem das mãos, iniciando pelos dedos, unhas, espaços interdigitais, punho e por último o antebraço e, com movimentos compressivos;

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Paramentação Cirúrgica				CÓDIGO POP – 12.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Pegar o avental cirúrgico no LAP pela parte interna, pelas dobras do decote e abri-lo com movimentos delicados e firmes, ficando em frente à posição certa para ser vestida. Não encostar a parte externa do avental em nenhuma área não estéril;
- Segurar o avental com ambas as mãos e vestir ao mesmo tempo nas respectivas mangas, enquanto o circulante de sala traciona-o para trás, segurando pelo lado interno, e amarra os cordões posteriores;
- Solicitar luvas estéreis;
- Calçar as luvas estéreis;
- Soltar os cordões laterais e vire em torno de si mesmo a fim de que o avental encubra toda a parte posterior do corpo. Peça para um colega já paramentado amarrar os cordões laterais;
- Iniciar o procedimento sem encostar-se às superfícies do ambiente e pessoas.

06- PERIODICIDADE: Deverá ser realizado antes do ato cirúrgico.

07- OBSERVAÇÃO: Em caso de Contaminação da roupa cirúrgica a roupa deverá ser trocada por outra estéril.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

		Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros			
		Divisão de Enfermagem			
Paramentação Cirúrgica			CÓDIGO POP – 12.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte e Rayama de Souza Mamede
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Montagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Técnica realizada com a finalidade de assegurar condições funcionais e técnicas necessárias ao bom andamento do ato cirúrgico e à segurança do paciente.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem no bloco cirúrgico.

03- OBJETIVOS: Proporcionar a realização do ato anestésico-cirúrgico com técnica asséptica; planejar e disponibilizar materiais e equipamentos necessários e adequados para a realização da anestesia e cirurgia, bem como adequar os recursos humanos aos protocolos assistenciais com eficiência e eficácia.

04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Uma mesa cirúrgica;
- Foco central e focos acessórios;
- Duas mesas de instrumentação cirúrgica;
- Um equipamento de anestesia;
- Um bisturi elétrico;
- Dois hampers;
- Um coletor para materiais perfuro-cortantes;
- Instalações elétricas;
- Instalações hidráulicas;
- Saídas de gases medicinais (oxigênio, vácuo, ar comprimido e óxido nitroso);
- Sistema de ventilação com ar-condicionado centralizado.
- Demais materiais de uso geral: cateteres, equipos de soro, seringas, agulhas de diversos calibres, coletores, sondas descartáveis, medicações, gazes, extensões, compressas, aventais cirúrgicos, campos cirúrgicos, caixas de instrumental, etc.

05- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Checar a escala de serviço e em que sala está escalado para trabalhar, e se existe alguma informação adicional ou importante;

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros					
Divisão de Enfermagem					
Montagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Verificar a cirurgia programada para a Sala de Operação (SO), confirmando os materiais específicos que serão usados pela equipe médica;
- Verificar o nome e idade do paciente, o horário da cirurgia, a equipe cirúrgica e o anestesista escalado, bem como outras informações relevantes;
- Verificar a condição de limpeza da SO antes de equipá-la com os materiais, instrumentais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico escalado;
- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Testar o funcionamento das tomadas elétricas e de todos os equipamentos fixos da SO (bisturi elétrico, aspirador, foco, mesa cirúrgica, negatoscópio e outros que forem necessários);
- Providenciar bancos, suportes de soro, braçadeiras, arcos, hampers, mesas para instrumental, além de extensões elétricas de acordo com a necessidade imposta pelo procedimento;
- Solicitar no CME: campos, aventais, caixas de instrumentais, manoplas, instrumentais avulsos e o que for necessário para a realização do procedimento;
- Encaminhar para a SO os materiais que foram solicitados no CME e almoxarifado;
- Verificar se os materiais necessários para a realização do procedimento anestésico (anestesia geral, raqui, bloqueio) estão disponíveis na SO;
- Separar do Kit, os materiais destinados para o procedimento anestésico e colocar sobre a mesa auxiliar da anestesia;
- Organizar o material que será utilizado durante o procedimento de forma que fique fácil o acesso, bem como checar a validade das embalagens dos materiais;
- Deixar disponível na SO os impressos que serão utilizados.

06- PERIODICIDADE: Deverá ser realizada antes de cada cirurgia programada ou que será realizada em caráter de urgência ou emergência.

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Montagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

REFERÊNCIA:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte e Rayama de Souza Mamede
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Desmontagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: A técnica consiste na retirada de materiais e equipamentos utilizados no procedimento cirúrgico, após a saída do cliente.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe de enfermagem e Bloco Cirúrgico.

03- OBJETIVO: Organizar a Sala Operatória (SO) no término do procedimento cirúrgico e após a saída do paciente, de modo a permitir a higienização da SO, otimizando o preparo para o próximo procedimento a ser realizado.

04- DISCRICÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, conforme protocolo da CCIRAS;
- Colocar o material estéril não utilizado no procedimento cirúrgico dentro de um carro de transporte limpo ou recipiente fechado e encaminhar para a Central de Material e Esterilização (CME) para devolução;
- Utilizar EPI's (luvas de procedimento, óculos protetor e máscara facial);
- Retirar da mesa de instrumental e do carro de anestesia os materiais perfuro cortantes e descarta-los adequadamente;
- Retirar os instrumentais das mesas auxiliares, separar em suas próprias caixas e observar a integridade das pinças;
- Conferir a caixa de instrumental de acordo com check list de sua respectiva caixa;
- Agrupar as pinças e peças inoxidáveis avulsas, por exemplo: cúpulas, cubas e pinças de antisepsia, e logo após encaminhar para o expurgo;
- Reunir os campos de tecido de algodão nos hampers e certificando-se da não existência de instrumentais entre eles;
- Aspirar pela rede de vácuo as soluções e antissépticos para que estas não sejam descartadas no lixo ou no hamper;
- Encaminhar o frasco de aspiração para o expurgo;

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Desmontagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Revisar e encaminhar os hampers contendo as roupas sujas para o carro da lavanderia;
- Separar os materiais que foram utilizados pelo anestesiológico, desprezando agulhas, frascos e ampolas no local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Remover da sala materiais que não serão utilizados na cirurgia seguinte, guardando-os limpos e que não estejam danificados;
- Colocar novas luvas de procedimento e realizar a limpeza concorrente dos equipamentos eletrônicos permanentes e os outros que foram utilizados durante o procedimento cirúrgico;
- Informar aos profissionais responsáveis pela higienização sobre a necessidade da retirada do lixo e limpeza do chão, de acordo com o tipo de cirurgia, se esta foi limpa, contaminada ou infectada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro quando a sala estiver pronta e disponível.

05- OBSERVAÇÕES:

- Acondicionar as pinças delicadas separadamente das mais pesadas para evitar danos durante o transporte até a CME.
- As pinças deverão ser transportadas até a CME dentro das suas próprias caixas, abertas (com exceção da pinça Backhaus – pinça para fixar campos).
- Em pacientes com doenças infectocontagiosas (p.ex. HIV, Hepatite C), ao final do procedimento, deverá ser realizada a limpeza terminal de equipamentos e mobiliários.

06- PERIODICIDADE: Deverá ser realizado após a saída do paciente, ao término da cirurgia nas SO.

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Desmontagem da Sala para Cirurgia				CÓDIGO POP – 12.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

REFERÊNCIAS:

SANTOS, N. C. M. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 6. ed. Rev. São Paulo: Iátria, 2010. p: 50.

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte e Rayama de Souza Mamede
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Recepção do Paciente na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA)				CÓDIGO POP – 12.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Recepção no local destinado ao paciente em pós-operatório imediato.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem/ Bloco Cirúrgico.

03- OBJETIVO: Monitorar o paciente até que este recupere-se do processo de anestesia ou estado de narcose e tenha seus sinais vitais estabilizados, proporcionando um atendimento seguro.

04- MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Painel de gases: 02 saídas de oxigênio com fluxômetros, 01 saída de ar comprimido, 01 fonte de aspiração a vácuo;
- 01 foco de luz;
- Tomadas elétricas de 110 e 220 watts;
- Monitor cardíaco;
- Oxímetro de pulso;
- Esfigmomanômetro;
- Equipamentos e materiais de suporte respiratório: ventiladores mecânicos, máscaras e cateteres para oxigênio (O₂), sondas para aspiração;
- Carrinho de emergência checado (ver POP 11.1);
- Material completo para intubação orotraqueal e ventilação manual (ver POP 8.3).
- Equipamentos e materiais de suporte cardiovascular:
- Equipos de soro e transfusão, cateteres, seringas e agulhas;
- Equipos para medida de pressão venosa central (PVC);
- Outros materiais, tais como: bandeja de cateterismo vesical, sondas vesicais de demora, sistema de drenagem vesical, pacotes de curativos, bolsas coletoras para drenos e ostomias, gazes, chumaços e adesivos, termômetros, frascos e tubos esterilizados para coleta de sangue, fitas reagentes para dosagem de glicose no sangue e urina, caixa de pequena cirurgia, medicamentos e soros, soluções desinfetantes e anti-sépticas, cilindros de O₂ e ar comprimido e aspirador elétrico, coxins, cobertores e talas.

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Recepção do Paciente na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA)				CÓDIGO POP – 12.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

05- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Conferir a identificação do paciente;
- Posicionar o paciente em maca ou leito conforme a posição solicitada pelo cirurgião e/ou do anestesiológico;
- Verificar nível de consciência;
- Verificar acesso venoso;
- Monitorar frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, temperatura e dor;
- Verificar condições do curativo (sangramentos), fixação de sondas e drenos;
- Realizar exame físico e evoluir o paciente;
- Preparar e administrar medicamento conforme prescrição médica;
- Checar a prescrição na folha de sala cirúrgica;
- Monitorizar a saturação de oxigênio utilizando o oxímetro de pulso, manter vias aéreas permeáveis;
- Manter infusões venosas e atentar para infiltrações e irritações cutâneas;
- Promover conforto e aquecimento;
- Observar dor, náusea e vômito e comunicar anestesiológico;
- Anotar débitos de drenos e sondas e realizar balanço hídrico;
- Observar retenção urinária ou outras complicações que venham a surgir, prontificando-se a solucioná-las de imediato;
- Aplicar o índice de Aldrete e Kroulik utilizada na instituição;
- Solicitar ao anestesiológico avaliação para alta do cliente.

REFERÊNCIA:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Recepção do Paciente na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA)				CÓDIGO POP – 12.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte e Rayama de Souza Mamede
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Alta do Paciente da Sala de Recuperação Pós Anestésica				CÓDIGO POP – 12.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: Consiste no ato de transferir o paciente para a sua unidade de destino, respeitando critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS / ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem /Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA).

03- OBJETIVO:

- Transferir o paciente de forma segura até o seu leito, onde continuará a receber os cuidados de pós-operatório;
- Comunicar ao enfermeiro da Unidade de origem do paciente, informando-lhe as condições em que o paciente se encontra.

04- RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Equipamentos básicos, geralmente, fixos a parede, acima da cabeceira de cada leito;
- Equipamentos e materiais de suporte respiratório e cardiovascular;
- Material esterilizado;
- Prontuário do Paciente;
- Medicação do paciente.

05- CRITÉRIOS PARA ALTA E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Deve-se preencher a escala de Aldrete e Kroulik: o valor deve estar acima de 8;
- Para pacientes submetidos a raquianestesia ou peridural deve também preencher a escala Bromage, para alta o resultado necessita ficar em 2, 1 ou 0, ou seja, pelo menos consegue mover o pé;
- Verificar SSVV: devem estar estáveis, comparados com os sinais vitais de enfermagem ou da admissão;
- Avaliar o nível de consciência do paciente;
- O Paciente deve estar hemodinamicamente estável, sem sangramento ativo, retenção urinária, náusea ou vômito; a dor sob controle efetivo; ausência de bloqueio motor e/ou simpático nas anestésias regionais;

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Alta do Paciente da Sala de Recuperação Pós Anestésica				CÓDIGO POP – 12.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03

- Checar se o acesso venoso está identificado, bem como equipo, soro, drenos e demais equipamentos que estiver no paciente;
- Verificar se todas as anotações do prontuário estão devidamente checadas e assinadas;
- Solicitar a vaga no setor indicado;
- Informar à equipe de enfermagem da unidade de origem as condições clínicas da paciente;
- Verificar se o acompanhante encontra-se presente na enfermaria;
- Anotar na evolução da enfermagem, horário da transferência;
- Pinçar as sondas, drenos e soros antes de transferir o paciente para maca;
- Retirar cabos de monitorizado do paciente;
- Transferir a paciente para a maca com movimento único, solicitando ajuda da equipe;
- Encaminhá-lo de maca até a enfermaria juntamente com os resultados de exame, prontuário e medicação;
- Checar os equipamentos da SRPA, deixando-os em condições de uso e limpeza.
- Solicitar a limpeza do leito à ASG;
- Arrumar a cama, após desinfecção do colchão.

06- PERIODICIDADE: Deverá ser realizado frequentemente após a avaliação do médico anesthesiologista.

REFERENCIA:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

		Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros			
		Divisão de Enfermagem			
Alta do Paciente da Sala de Recuperação Pós Anestésica			CÓDIGO POP – 12.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte e Rayama de Souza Mamede
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Teste Biológico				CÓDIGO POP – 13.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01-DEFINIÇÃO: É um preparado padronizado contendo microrganismos vivos e viáveis, reconhecidamente resistentes ao método de esterilização a ser monitorado.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVO: Garantir um processo de esterilização eficiente e eficaz.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- 02 Ampolas de Indicador Biológico;
- Cesto aramado;
- Rack com pacotes a serem esterilizados;
- Autoclave;
- Livro de registro de controle de resultados;
- Incubadora.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Identificar a ampola do Indicador Biológico e a ampola controle, colocando: n° do equipamento e data;
- Preparar o pacote teste ou seguir orientação do fabricante;
- Colocar o pacote teste no cesto aramado no rack, próximo ao dreno da autoclave;
- Realizar o ciclo de esterilização;
- Após termino da esterilização, abrir o pacote e retirar a ampola esterilizada, após o esfriamento;
- Proceder à calibração da incubadora e leitura do teste conforme orientações do fabricante, incubando a ampola esterilizada e a ampola controle;
- Aguardar resultados;
- Só liberar a carga após leitura do teste;

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Teste Biológico				CÓDIGO POP – 13.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Se o resultado for positivo, repeti-lo, se persistir interditar o equipamento e chamar técnico responsável pela manutenção do equipamento;
- Todos os materiais da carga que o teste biológico foi positivo, deverão ser reprocessados;
- Preencher impresso de controle de resultados;
- Afixar a etiqueta do indicador esterilizada no impresso de controle de resultados e arquivar formulário;
- Manter local limpo e organizado;
- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

07- PERIODICIDADE: Deverá ser colocado um teste biológico na primeira carga do dia e nos ciclos que processarem materiais de implante.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

		Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros			
		Divisão de Enfermagem			
Teste Biológico			CÓDIGO POP – 13.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem					
Teste Bowie-Dick				CÓDIGO POP – 13.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: Técnica utilizada para certificar o funcionamento correto da autoclave, relacionado à remoção do ar e penetração do vapor.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVO: Monitorar diariamente os esterilizadores avaliando a remoção de ar, penetração de vapor e possíveis falhas da bomba de vácuo nas autoclaves a vapor durante o ciclo pré-vácuo.



04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Pacote Padrão de Teste Bowie-Dick;
- Cesto aramado;
- Impresso para controle de resultados;
- Autoclave com bomba de vácuo;
- Máscara descartável.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Aquecer previamente a autoclave de vapor saturado antes do início do teste;
- Identificar o pacote do Teste Bowie-Dick com data, nº do equipamento e assinatura;
- Colocar o pacote no cesto aramado;
- Posicionar o cesto aramado com o pacote do teste dentro da autoclave próximo ao dreno;
- Realizar o ciclo para Bowie-Dick com o equipamento vazio, sem carga, apenas com o teste Bowie-Dick;
- Abrir o pacote ao final do ciclo e retirar as folhas do teste para Bowie-Dick;
- Verificar a mudança de cor do cartão de acordo com a orientação do fabricante impressa na embalagem, o que garantirá a aprovação do teste;
- Liberar a autoclave se o teste for aprovado;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Teste Bowie-Dick				CÓDIGO POP – 13.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02



- Preencher o livro de registro;
- Caso o cartão não mudar de cor ou apresentar alteração na coloração de acordo com a orientação do fabricante, o teste foi reprovado, comunicar o enfermeiro responsável imediatamente;

07- PERIODICIDADE: Deverá ser realizado diariamente após aquecimento e antes da primeira esterilização.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Fita Teste – Concentração Peracética				CÓDIGO POP – 13.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: É uma fita utilizada para avaliar o teor de ácido peracético na concentração de 0,2%.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVOS: Certificar a concentração do ácido peracético

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:



- Equipamento de Proteção Individual – EPI (Gorro, máscara, luvas, óculos e avental);
- Fita teste;
- Recipiente;
- Ácido Peracético em uso;
- Descartex;
- Impresso de controle diário da concentração de ácido peracético.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Usar os EPIs;
- Em um recipiente limpo, coletar uma amostra da solução do ácido peracético em uso, e mergulhar a fita teste por um tempo recomendado pelo fabricante;
- Após o tempo mergulhado, retirar a fita e eliminar com cuidado o excesso de solução;
- Comparar de imediato a cor que aparecerá na fita com as cores que contém no rótulo do frasco;
- Caso a cor da fita não corresponda a coloração do frasco que equivale a 2%, comunicar imediatamente a enfermeira responsável e não usar a solução para a desinfecção.

07- PERIODICIDADE:



- Realizar o teste diariamente antes de iniciar a imersão do material.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Fita Teste – Concentração Peracética				CÓDIGO POP – 13.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2013.

ELABORADO POR: Cíntia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Integrador Químico Classe I – Fita Zebrada				CÓDIGO POP – 13.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: São indicadores de processo, conhecidos como indicadores externos de exposição, constituídos por tintas termocrômicas impregnadas em fitas adesivas.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVO: Identificar e diferenciar os produtos para à saúde que foram processados dos que não foram.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem.



05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Integrador químico classe I (Fita Zebrada);
- Embalagem cirúrgica;
- Caixa cirúrgica;
- Autoclave com bomba de vácuo.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Usar os EPIs;
- Preparar as caixas e pacotes cirúrgicos;
- Envolver as caixas cirúrgicas com a embalagem apropriada;
- Fixar externamente a fita zebrada no tamanho de 5centímetros, junto à identificação do material à ser processado;
- Examinar as caixas cirúrgicas após a esterilização e antes do invólucro ser aberto para o uso, garantindo que o item passou pelo processo de esterilização;
- Quando a fita zebrada não apresentar a coloração de forma íntegra, após esterilização, comunicar ao Enfermeiro responsável imediatamente, e a caixa cirúrgica não deve ser utilizada.



07- PERIODICIDADE: Diariamente no preparo de todas as caixas e pacotes cirúrgicos.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Integrador Químico Classe I – Fita Zebrada				CÓDIGO POP – 13.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2013.

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza das autoclaves/ rack/ carro para rack e cestos aramados				CÓDIGO POP – 13.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: É a remoção de sujidades da autoclave, rack, carrinho para rack e cesto aramado, visando reduzir os microrganismos e resíduos.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVOS: Padronizar a técnica da limpeza da autoclave, rack, carrinho para rack e cesto aramado e manter o bom desempenho do equipamento.

04- EXECUTORES: Técnicos de enfermagem.



05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Compressas;
- Água;
- Detergente neutro;
- Acessórios de limpeza (Desincrustante);
- Máscara descartável;
- Luva de procedimento.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Colocar a máscara;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a limpeza da câmara com compressas umedecidas com água diariamente;
- Enxugar com compressas secas;
- Aplicar na câmara detergente desincrustante semanalmente;
- Após detergente desincrustante, aplicar a compressa umedecida e enxugar com compressas
- Recolher material;

- Deixar ambiente limpo e organizado.
- Retirar as luvas;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza das autoclaves/ rack/ carro para rack e cestos aramados				CÓDIGO POP – 13.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 14/01/2015	Data de Aprovação 14/01/2015	Data de Vigência 01/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 02

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;

07- OBSERVAÇÕES: A limpeza só poderá acontecer se as autoclaves estiverem totalmente frias e deverá ser feita antes da primeira carga.



08- PERIODICIDADE: Diariamente com compressa úmida a autoclave, carro para rack, e cestos aramados e semanalmente com detergente desincrustante.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2013.

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do Lap Cirúrgico				CÓDIGO POP – 13.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 02

01- DEFINIÇÃO: São tecidos de algodão utilizados nos procedimentos cirúrgicos.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVOS: Prover o bloco cirúrgico com LAPs padronizados e estéreis.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:



- Máscara cirúrgica (EPI);
- Envolvente;
- Campo paciente;
- Campo mesa;
- Fita adesiva;
- Fita zebraada.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Colocar máscara;
- Estender os tecidos na bancada e verificar se os mesmos estão íntegros (sem remendos, sem furos e sem manchas);
- Dobrar conforme padrão quatro campos para paciente, um campo para mesa, dois capotes e um envolvente;
- Fechar com a fita adesiva;
- Realizar a identificação com o nome LAP cirúrgico completo, nome de quem preparou, data do preparo e validade;

- Utilizar a fita teste zebrada na parte externa do LAP.



07- PERIODICIDADE: Diariamente.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Preparação do Lap Cirúrgico				CÓDIGO POP – 13.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 02	

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2013.

ELABORADO POR: Cíntia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e desinfecção de Ambu				CÓDIGO POP – 13.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03	

01- DEFINIÇÃO: É aremoção de sujidades orgânicas e inorgânicas e redução da carga microbiana presente no ambu, de forma a tornar o produto seguro para manuseio.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVOS: Padronizar a técnica da limpeza dos ambu após uso no paciente. Fornecer materiais limpos e isentos de contaminação impedindo a cadeia de transmissão de infecção.

04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem.



05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Ambu;
- Ácido peracético;
- Esponja macia;
- Detergente;
- EPI (luvas nitrílicas de cano longo e de procedimento, óculos de proteção, máscara N95, avental impermeável);
- Água potável;
- Compressa macia.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Colocar os EPI's;
- Desconectar as peças do ambu;

- Imergir o ambu em detergente enzimático de acordo com o tempo orientado pelo fabricante;
- Enxaguar com água em abundância;
- Deixar escorrer o excesso da água dos componentes e imergi-los na solução de ácido peracético no tempo determinado pelo fabricante;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e desinfecção de Ambu				CÓDIGO POP – 13.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Retirar os componentes da solução e enxaguar com água em abundância;
- Encaminhá-los para a área de secagem;
- Retirar as luvas nitrílicas de cano longo e higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar secagem com pano macio e/ou ar sob pressão;
- Acondicionar em recipiente em sacos plásticos e identificar a data da desinfecção;
- Retirar os EPI's e higienizar as mãos;
- Encaminhar para as unidades.



07- OBSERVAÇÕES:

- Testar o funcionamento do ambu após a desinfecção;
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro a necessidade de reparos e substituição de materiais danificados.



08- PERIODICIDADE: Realizar a limpeza e desinfecção do ambu no momento em que as unidades entregarem na CME.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2013.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e desinfecção de Ambu				CÓDIGO POP – 13.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
14/01/2015	14/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Cíntia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção de Artigos Respiratórios (Umificador, Kit de Venturi, Traqueias, NBZ e Cânula de Guedel)				CÓDIGO POP – 13.8		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03	

01- DEFINIÇÃO: É remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas e redução da carga microbiana presente nos artigos de suporte respiratório, de forma a tornar o produto seguro para manuseio.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização

03- OBJETIVOS: Padronizar a técnica da limpeza e desinfecção dos artigos respiratórios após uso no paciente; fornecer materiais limpos e isentos de contaminação impedindo a cadeia de transmissão de infecção.



04- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Técnicos de enfermagem.

05- MATERIAL NECESSÁRIO:

- EPI (luva nitrílica de cano longo e de procedimento, máscara N95, óculos de proteção e avental impermeável);
- Umificador, Kit de Venturi, Traqueias, NBZ e cânula de Guedel;
- Esponja;
- Escova de nylon para lavagem de tubos;
- Detergente neutro;
- Detergente enzimático;
- Compressas limpas;
- Ácido Peracético;
- Embalagem para armazenar os artigos de suporte ventilatório após desinfetado;
- Comanda para registrar o recebimento.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Higienizar as mãos, preferencialmente com sabonete antisséptico e secá-las, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Desconectar válvulas, diafragma e copos de reservatório;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção de Artigos Respiratórios (Umificador, Kit de Venturi, Traqueias, NBZ e Cânula de Guedel)				CÓDIGO POP – 13.8		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

- Lavar com detergente neutro com auxílio da esponja e escova;
- Enxaguar os componentes com água em abundância;
- Imergir os componentes na solução de detergente enzimático no tempo determinado pelo fabricante;
- Enxaguar os componentes com água em abundância;
- Deixar secar em pano limpo;
- Imergir totalmente os componentes secos na solução do ácido peracético;
- Deixar agir no tempo determinado pelo fabricante;
- Retirar os componentes de plástico da solução e lavar com água em abundância;
- Encaminhar para a área de secagem;
- Retirar as luvas nitrílicas de cano longo;
- Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- Deixar secar sobre uma compressa limpa e/ou secar com pistola de ar comprimido;
- Guardar em sacos plásticos após secagem, identificando com a data da desinfecção;
- Retirar EPI's e higienizar as mãos;
- Encaminhar para as unidades
- Comunicar ao enfermeiro a necessidade de substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados.



07- PERIODICIDADE: Realizar a limpeza e desinfecção dos artigos de suporte ventilatório no momento em que as unidades entregarem na CME.

REFERÊNCIAS:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção de Artigos Respiratórios (Umidificador, Kit de Venturi, Traqueias, NBZ e Cânula de Guedel)				CÓDIGO POP – 13.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
13/01/2015	13/01/2015	01/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR: Cintia Maria de Andrade Forte Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção do Broncoscópico				CÓDIGO POP – 13.9	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
15/03/2016	15/03/2016	03/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- DEFINIÇÃO: É aremoção de sujidades orgânicas e inorgânicas e redução da carga microbiana presente no broncoscópico, de forma a tornar o produto seguro para manuseio.

02- ABRANGÊNCIA: Central de Material de Esterilização.

03- OBJETIVOS: Padronizar a técnica da limpeza e desinfecção do broncoscópico após uso no paciente. Fornecer materiais limpos e isentos de contaminação impedindo a cadeia de transmissão de infecção.



04- EXECUTORES: Técnicos de enfermagem.

05- RECURSOS NECESSÁRIOS:

- EPI's (luvas nitrílicas de cano longo e de procedimento, máscara N95, óculos de proteção e avental impermeável);
- Cubas;
- Recipiente plástico;
- Seringa de 20 ml;
- Escovas para canal e válvulas;
- Válvula de irrigação;
- Detergente enzimático;
- Compressas limpas;
- Ácido Peracético.

06- DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

- Paramentar-se com os EPI's;
- Ainda na sala do exame, imediatamente ao ser retirado do paciente, com o aparelho conectado na fonte de luz, aspirar água com detergente enzimático para limpeza do excesso de secreção no canal. Limpar com compressa o tubo de inserção, retirando o excesso de secreção;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção do Broncoscópio				CÓDIGO POP – 13.9		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
15/03/2016	15/03/2016	03/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

- Acionar o canal de ar/água, alternadamente por 15 segundos, prevenindo a obstrução deste canal;
- Retirar o aparelho da fonte elétrica, conectando a seguir a tampa de proteção da parte elétrica;
- Levar o aparelho para sala de desinfecção, protegido para evitar manuseio indevido;
- Realizar o teste de vedação após cada procedimento, antes de imergir em solução;
- Imergir totalmente o aparelho em solução de detergente enzimático, obedecendo as orientações do fabricante para uso adequado da solução;
- Remover as válvulas, imergir em solução enzimática e proceder a escovação das mesmas;
- Lavar externamente o aparelho, comando e tubo com compressas ou esponjas;
- Introduzir a escova de limpeza no canal, até a saída na porção distal e escovar a escova de limpeza ao sair na extremidade, antes de tracioná-la de volta;
- Escovar o local das válvulas com escova própria;
- Enxaguar os canais, utilizando os acessórios;
- Imergir totalmente o aparelho em solução desinfetante de alto nível (Glutaraldeído ou Acido peracético), o tempo de imersão deve ser seguido conforme as orientações do fabricante;
- Prosseguir com enxágue abundante externamente e internamente nos canais, com água corrente para a retirada completa do germicida.

07- OBSERVAÇÃO - O TESTE DE VEDAÇÃO:

- Adapte o testador de vedação ao aparelho;
- Coloque o aparelho na água imergindo a extremidade distal do aparelho, observando a formação de bolhas;

- Imergir lentamente o aparelho, aos poucos, até que todo ele fique imerso;
- Observe a formação de bolha;
- Caso o aparelho apresente algum vazamento, ou escape de ar, não prossiga o processo de limpeza, pois a imersão em água ou desinfetante pode infiltrar no aparelho, danificando – o, proteja o aparelho e encaminhe para o conserto, identificando que o mesmo não sofreu processo de desinfecção; se estiver íntegro, proceder a desinfecção.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Limpeza e Desinfecção do Broncoscópio				CÓDIGO POP – 13.9		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
15/03/2016	15/03/2016	03/2016 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

08-PERIODICIDADE: Realizar a limpeza e desinfecção do broncoscópio no momento que for entregue na CME e 30 minutos antes da realização do procedimento.

REFERÊNCIA:

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

ELABORADO POR: Guêdijany Henrique Pereira Tâmara Maria de Freitas Coelho
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Alginato de Cálcio				CÓDIGO POP – 14.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso de Alginato de Cálcio. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e auxílio da equipe Técnico de Enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Fibras de não-tecido, derivados de algas marinhas, composto pelos ácidos gulurônico e manurônico, com íons cálcio e sódio incorporados em suas fibras.



05- INDICAÇÃO:

- Altamente Exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato;
- Feridas abertas;
- Lesões cavitárias com túneis;
- Sangrantes.

06- CONTRA - INDICAÇÃO: Utilizar em lesões superficiais ou feridas sem ou com pouca exsudação e lesões por queimadura (3º grau).

07- MECANISMO DE AÇÃO:

- O sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato realizando a troca iônica;
- Auxilia no desbridamento autolítico;
- Tem alta capacidade de absorção.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Alginato de Cálcio				CÓDIGO POP – 14.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	

- Resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para cicatrização;
- Induz a hemostasia.

08- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar a ferida com SF a 0,9%;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário;
- Escolher o tamanho da fibra de alginato que melhor se adapte ao leito da ferida (O tamanho mais comum no hospital é a Tela 10x10cm);
- Com luvas estéreis, modelar o alginato no interior da ferida umedecendo a fibra com solução fisiológica ou óleo AGE (poderá ser utilizado o swab para melhor introdução e modelagem da placa na ferida);
- Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda da ferida, com risco de prejudicar a epitelização;
- Com luvas estéreis, a placa poderá ser dividida em pedaços, antes de ser ativada com soro ou óleo;
- Em casos de divisão, ocluir na própria embalagem a parte a ser utilizada na próxima aplicação;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril).

09- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

10- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada;
- Trocar o curativo de alginato: - Fica instituído no hospital a periodicidade de troca do curativo com o alginato a cada 48h (trocar a secundária quantas vezes for necessário), até segunda avaliação;

11- OBSERVAÇÕES:

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Alginato de Cálcio				CÓDIGO POP – 14.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 30/11/2015	Data de Aprovação 30/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	

- Terminantemente proibido molhar o curativo com alginato;
- Em pacientes com lesões ou feridas abertas em assoalho pélvico, região anal ou genital, avaliar a necessidade do curativo com alginato;
- Após diminuição da quantidade de exsudato ou da cavidade, reavaliar a necessidade de continuidade do uso de alginato.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

Produtos Kendall. Disponível em http://issuu.com/marcustmc/docs/produtos_kendall_qr_coberturas_full_ng_pocket
2. Acesso em 06 de Out. 2015;



BAJAY, H.M. Registro da evolução de feridas: elaboração e aplicabilidade de um instrumento. Campinas, 2001. 110p. (Dissertação – Mestrado – Departamento de Enfermagem da FCM – UNICAMP);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O

título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível

<<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Alginato de Cálcio				CÓDIGO POP – 14.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 30/11/2015	Data de Aprovação 30/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04

ELABORADO POR:

Lívia Dias Manguiera Bastos

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Enfª Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enfº Residente Lucas Borges de Oliveira



NOME / ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Espuma de Prata				CÓDIGO POP – 14.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso de Espuma com prata. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e com auxílio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Espuma de poliuretano com prata.

05- MECANISMO DE AÇÃO: Espuma com prata proporciona meio úmido, favorecendo cicatrização; a prata dispersa na estrutura da espuma é dispensada no leito da ferida quando em contato com o exsudato e é contínua à medida que a cobertura é mantida. Pode causar coloração escura no leito da ferida.



06- INDICAÇÃO: Ferida com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção (prioritariamente com infecção), com ou sem tecido necrótico, queimaduras de 2º ou 3º grau e feridas estagnadas.

07- TIPOS DE FERIDAS:

- Feridas abertas altamente exsudativas com ou sem infecção e lesões cavitárias com necessidade de estímulo rápido do tecido de granulação.

08- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Não deve ser utilizado em pacientes com sensibilidade à prata.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Espuma de Prata				CÓDIGO POP – 14.2		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	

- Não deve ser utilizado com soluções de hipoclorito ou peróxido de hidrogênio, pois ocorre inativação da prata.

09- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar a ferida com SF a 0,9%;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário;
- Com luvas estéreis, aplicar a espuma com prata direto no leito da ferida umedecendo a cobertura com solução fisiológica ou óleo AGE;
- A Espuma com prata poder utilizada de modo primário ou secundário;
- Deve-se evitar recortar a espuma com prata;
- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril).

10- PERIODICIDADE DE TROCA:



- Trocar quando houver saturação da cobertura/extravasamento do exsudato, não ultrapassando a 7 dias após a aplicação.

11-OBSERVAÇÕES:

- A Espuma com Prata também pode ser utilizado como um desodorizante, além das suas propriedades bactericida e bacteriostática;
- Terminantemente proibido molhar o curativo com espuma com prata;
- Em pacientes com lesões ou feridas abertas em região sacral, assoalho pélvico, região anal ou genital, avaliar a necessidade do curativo especial com prata;

- Após diminuição da quantidade de exsudato ou da cavidade, reavaliar a necessidade de continuidade do uso da prata;

11- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Espuma de Prata				CÓDIGO POP – 14.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04

REFERÊNCIAS:

CANDIDO, Luiz Cláudio. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC-SP, 2001.



CONVATEC. Aquacel Ag. [citado 2006 Feb 08] Disponível em URL: www.convatec.com.br

FERIDÓLOGO. Hidrofibra. [citado 2006 Feb 08] Disponível em URL: www.feridologo.com.br/index.htm/curhidrofibra.htm

JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem. Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1>.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Espuma de Prata				CÓDIGO POP – 14.2	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Lívia Dias Mangueira



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf^o Residente Lucas Borges de Oliveira**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Placa de Hidrocolóide				CÓDIGO POP – 14.3		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03	

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da placa de hidrocolóide. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e auxílio da equipe Técnica de Enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Camada externa: espuma de poliuretano; Camada interna: gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica.

05- INDICAÇÃO:



- Prevenção;
- Prevenção ou tratamento de úlceras venosas e/ou pressão não infectadas, com pouco ou nenhum exsudato.

06- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Feridas infectadas;
- Feridas abertas com muito exsudato;
- Feridas com tecido desvitalizado e queimaduras de 3º grau.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Lavar o local onde será inserida a placa com SF a 0,9%;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Placa de Hidrocolóide				CÓDIGO POP – 14.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
30/11/2015	30/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Secar a pele;
- Escolher o hidrocolóide (com diâmetro que ultrapasse a borda da área que pretende-se evitar a ulcera em pelo menos 3 cm. O hospital também dispõe da placa de hidrocolóide contorno sacral);
- Aplicar o hidrocolóide, segurando-o pelas bordas;
- Pressionar firmemente as bordas do hidrocolóide e massagear a placa para perfeita aderência. Se necessário reforçar as bordas com micropore;
- Datar.

08- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Trocar o hidrocolóide sempre que o gel extravasar ou o curativo descolar, saturar ou no máximo a cada 7 dias. Sempre observar a data de última aplicação.

09- OBSERVAÇÕES:



- O HU-UNIVASF adotará a placa de hidrocolóide como curativo prioritariamente de caráter preventivo.

10- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Placa de Hidrocolóide				CÓDIGO POP – 14.3	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão 30/11/2015	Data de Aprovação 30/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

ELABORADO POR: Lívia Dias Manguiera
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf ^o Residente Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Antimicrobiana (Kerlix)				CÓDIGO POP – 14.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da Gaze Antimicrobiana. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e apoio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Gaze Antimicrobiana é um curativo de gaze tecida 100% algodão, impregnada com PHMB (polihexametileno de biguanida) na concentração mínima de 0.2%.

05- MECANISMOS DE AÇÃO:

- O PHMB é um agente antimicrobiano que evita a contaminação do leito da ferida e combate infecções já instaladas.
- Possui um amplo espectro de ação contra micro-organismos Gram positivos e negativos, fungos e leveduras. Além disso, limita a contaminação cruzada.



06- INDICAÇÃO:

- Feridas colonizadas e/ou infectadas;
- Prevenir a penetração de microorganismos no leito da lesão.

07- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Pacientes com sensibilidade a alguns dos componentes;

08- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Antimicrobiana (Kerlix)				CÓDIGO POP – 14.4	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Limpar e irrigar bem a lesão;
- Na presença de tecido desvitalizado, aplicar camada de hidrogel/colagenase;
- Aplicar o produto preenchendo toda a extensão da ferida, de modo que o produto preencha totalmente a ferida (a gaze antimicrobiana deverá ser “ativada” irrigando-a com soro fisiológico a 0,9%);
- Ocluir com cobertura secundária estéril;
- Datar.

09- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Feridas infectadas entre 24-48h horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária;



10- OBSERVAÇÕES:

- Terminantemente proibido molhar o curativo com o Kerlix;
- Em pacientes com lesões ou feridas abertas em assoalho pélvico, região anal ou genital, avaliar a necessidade do curativo com kerlix;
- Após diminuição da quantidade de exsudato e/ou sinais de infecção (odor, secreção e outros), reavaliar a necessidade de continuidade do uso de kerlix.

11- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Antimicrobiana (Kerlix)				CÓDIGO POP – 14.4		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível



<<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

ELABORADO POR: Lívia Dias Manguiera Bastos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf ^o Residente Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo de Ostomias				CÓDIGO POP – 14.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo para as Ostomias. Os curativos consistem em um meio terapêutico que engloba técnicas de limpeza, com aplicação de procedimentos assépticos, que vai desde a irrigação como solução fisiológica até as coberturas específicas que poderão auxiliar no processo de cicatrização. A escolha dos curativos e os cuidados devem ser estabelecidos conforme, a etiologia e localização da lesão; Tamanho de ferida; Condições clínicas; Fases do processo de cicatrização e outros.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores Assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e apoio da equipe de Técnicos de Enfermagem.



04- INDICAÇÃO: Instituir condutas específicas destinadas a manutenção do estoma intestinal saudável, com avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento coletor.

05- FINALIDADE:

- Realizar avaliações e intervenções específicas;
- Prevenir complicações;
- Promover cuidados e orientações com vistas ao autocuidado;
- Proporcionar conforto ao paciente;
- Promover adaptação à nova imagem corporal;
- Assegurar qualidade às ações de enfermagem.

06- MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja não estéril;
- Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- Bolsa coletora com clamp próprio;
- Guia de mensuração do estoma ou pedaço de plástico transparente (ex: invólucro do pacote de gaze);



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo de Ostomias				CÓDIGO POP – 14.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

- Tesoura;
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- Gaze;
- Álcool à 70%;
- Equipamentos de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
- Recipiente plástico graduado ou uma comadre;
- Saco plástico, forro impermeável ou papel toalha;
- Lixeira;
- Biombo.

07- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Ler o prontuário ou ficha do paciente;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão;
- Separar uma bandeja para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Separar o material conforme o cuidado a ser executado, colocando-o na bandeja;
- Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira ou superfície fixa;
- Promover privacidade, utilizando biombos;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área tratada;

- Colocar equipamentos de proteção individual: gorro, máscara, capote não estéril e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Observar os aspectos gerais de: cor, forma, tamanho, protusão e integridade;
- Lavar o estoma e a pele ao redor com jato abundante de SF 0,9% ou água em temperatura ambiente ou morna;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo de Ostomias				CÓDIGO POP – 14.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 01/12/2015	Data de Aprovação 01/12/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 05	

- Com ajuda de gazes ou bolas de algodão embebidas em SF 0,9% ou água; faça movimentos suaves ao redor do estoma e periestoma;
- Enxague bem para retirar fezes ou resíduos, a fim de evitar dermatite química ou de contato;
- Secar o local ao redor da ostomia (não colocar nada ao redor ou sobre a ostomia sem prescrição médica);
- Medir a ostomia, utilizando um medidor específico, e marcar o tamanho no papel (proteção) que recobre a placa protetora da bolsa;
- Antes de recortar, afastar a parte plástica anterior da posterior, tomando o cuidado de não perfurar a bolsa;
- Recortar a abertura inicial da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a ostomia;
- Retirar o papel protetor da placa e posicionar a bolsa com a abertura sobre a ostomia, pressionando levemente contra a pele;
- Remover o papel protetor do adesivo lateral (quando existir) e fixá-lo na pele com uma leve pressão sem formar rugas;
- Higienizar as mãos, conforme Protocolo de Higienização/CCIRAS;

08- PERIODICIDADE DA TROCA;

- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 2/3 da metade da sua capacidade, o excesso de peso favorece o descolamento da mesma.
- Nas colostomias ao esvaziar a bolsa também acontece a eliminação de gazes.

- Ao proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo fecal da bolsa estimule o paciente, caso estiver independente, a desprezar no vaso sanitário.
- Existem uma variedade de tipos e tamanhos das bolsas coletoras e dos flanges (placa ou disco), permitindo recortes que vão de 12 até 80mm, de acordo com o fabricante, podem ser de uma ou duas peças, e placas com disco convexo para os estomas retraídos.
- Em relação à troca das bolsas, se for drenável, deve-se trocá-la quando o material do flange (resina geralmente a base hidrocolóide) estiver esbranquiçada e ocorrer

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo de Ostomias				CÓDIGO POP – 14.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

vazamento do efluente. Se a bolsa for fechada, a troca deve ocorrer quando a bolsa estiver parcialmente cheia.

- Para retirar a bolsa, pode-se estimular o paciente, se independente, a trocar a bolsa durante o banho de aspersão;
- Os clamps são geralmente de dois tipos: o plástico rígido e côncavo com dois grampos que se encaixam com a extremidade da bolsa, e o flexível que deve ser enrolado 2 vezes dobrando-se as extremidades do clamp para dentro;
- O sistema coletor deve permanecer aderido, no mínimo, por 24 horas e no máximo por 6-7 dias. Deve-se evitar trocas constantes, prevenindo a ulceração da pele.

09- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.



10- OBSERVAÇÕES:

- A pele deve estar seca para receber a nova bolsa, e não haver interferência na aderência do sistema coletor; no caso da ileostomia sugere-se o uso de chumaço de gaze sobre o estoma afim de absorver o efluente fecal e manter a pele seca durante a troca do dispositivo;
- Cabe a equipe de enfermagem estimular o paciente e família na reabilitação social, o estímulo ao autocuidado é imprescindível para o alcance da qualidade de vida;

- **Para remoção da Bolsa:** Indica-se preferencialmente a retirada durante o banho, pois o umedecimento do adesivo e o deslocamento da placa protetora suavemente da pele facilitam o procedimento. Indica-se que a troca ocorra pela manhã ou entre as refeições, pois nestes horários há uma diminuição da eliminação do conteúdo intestinal.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo de Ostomias				CÓDIGO POP – 14.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CESARETTI IUR, Santos VLG. Assistência em Estomaterapia: cuidando do Ostomizados. São Paulo: Atheneu; 2005.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.



MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html <Acesso em 14 OUT de 2015>.

ELABORADO POR:

Lívia Dias Mangueira

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR: Enf ^o Lucas Borges de Oliveira/ Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Cateter Venoso Central (CVC)		CÓDIGO POP – 14.6			
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização e troca de curativo de Cateter Venoso Central (CVC).

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.



04- CUIDADOS GERAIS:

- **Local de punção:** Não realizar punção em veia femoral de rotina. O aumento do risco de infecção nesse sítio talvez seja limitado apenas para pacientes com índice de massa corpórea >28,4.
- **Inserção:** Higienizar as mãos com água e sabonete líquido associado à antisséptico (gluconato de clorexidina 2% ou PVPI 10%) ou preparação alcoólica para as mãos; **TODOS OS MÉDICOS CIRURGIÕES e ESTUDANTES** deverão utilizar barreira máxima no momento da inserção, incluindo uso de gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo estéril ampliado. Utilizar também óculos de proteção;

- **ATENÇÃO:** O enfermeiro terá autonomia para suspender o procedimento eletivo caso não haja adesão às recomendações.
- **Preparo da pele:** Realizar fricção da pele com solução a **base de álcool**; gluconato de clorexidina 0,5 a 2%, PVPI alcoólico 10% ou álcool 70% (AI); para o álcool e o gluconato de clorexidina aguarde a secagem (espontânea) antes da punção; Para PVPI aguarde pelo menos 1,5 a 2,0 minutos antes da punção; somente uma aplicação é necessária; A degermação previamente à antissepsia da pele é recomendada quando houver necessidade de reduzir sujidade.

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- **Cobertura, fixação e estabilização**
 - Após a instalação do cateter, estabilizá-lo com dispositivos próprios para tal fim ou, na sua ausência, com alternativas de dispositivos de estabilização e

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Cateter Venoso Central (CVC)				CÓDIGO POP – 14.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	

fixação estéreis. **Realizar a limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2% (Padrão Ouro) ou álcool a 70%;**

- Usar cobertura, gaze, filme transparente ou semipermeável estéril para cobrir a inserção do cateter.
- **Manejo e manutenção**
 - A cobertura com gaze estéril é preferível à cobertura com filme transparente em pacientes com discrasias sanguíneas, sangramento local ou para aqueles com sudorese excessiva. Se a escolha de cobertura for a gaze estéril, maior atenção durante o banho para não molhar! Datar ao final da realização do curativo;
 - Toda manipulação deve ser precedida de higiene das mãos e desinfecção das conexões com solução contendo álcool 70%;
 - Os cateteres venosos centrais de curta permanência devem ser mantidos com infusão contínua;
 - Em situações extremas de restrição volêmica associada à dificuldade de acesso pode-se utilizá-lo de forma intermitente.



06- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Não realizar troca pré-programada de dispositivo, ou seja, não substituí-lo exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência (AI).
- A princípio, trocas por fio guia deveriam ser realizadas em complicações não infecciosas (ruptura e obstrução).
- Realizar a troca da cobertura com gaze estéril entre 24 a 48 horas, ou antes, se estiver suja, solta ou úmida e para cobertura transparente semipermeável a cada 7 dias, ou antes, se suja, solta ou úmida.

07- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

08- OBSERVAÇÕES:

- O hospital está em trâmite de aquisição da Clorexidina Alcoólica a 0,5%, durante o período de compra deverá ser utilizado o álcool a 70% na realização dos curativos

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Cateter Venoso Central (CVC)				CÓDIGO POP – 14.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04

REFERÊNCIAS:

CANDIDO, Luiz Cláudio. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC-SP, 2001.



CONVATEC. Aquacel Ag. [citado 2006 Feb 08]Disponível em URL:
www.convatec.com.br

FERIDÓLOGO. Hidrofibra. [citado 2006 Feb 08] Disponível em URL:
www.feridologo.com.br/index.htm/curhidrofibra.htm



JORGE, Silvia Angélica, DANTAS, Sonia Regina Pérez Evangelista.
Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo:Atheneu, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fluxograma de tratamento de ferida pela enfermagem.
Comissão de curativos do Hospital Geral de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e Rotinas da CCIH do Hospital Geral de Bonsucesso. [citado 2006 Feb 04] Disponível em URL: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/pag1>.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Cateter Venoso Central (CVC)				CÓDIGO POP – 14.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR: Lívia Dias Mangueira
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Filme Transparente				CÓDIGO POP – 14.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso dos Filmes Transparentes.

02- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros, com auxílio da equipe de Técnicos de Enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Filme de poliuretano, transparente, elástico, semipermeável, aderente as superfícies secas.

05- MECANISMO DE AÇÃO:

- Possui permeabilidade seletiva, permitindo a difusão gasosa e evaporação de água;
- Impermeável a fluidos e microorganismos.

06- TIPOS DE FERIDAS:



- Incisões cirúrgicas;
- Inserções de cateteres vasculares.

07- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Feridas com muito exsudato;
- Feridas infectadas.

08- INDICAÇÃO:

- Fixação de cateteres vasculares;
- Proteção de pele íntegra;
- Prevenção de ulcera de pressão;
- Cobertura de incisões cirúrgicas limpas.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Filme Transparente				CÓDIGO POP – 14.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

09- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos, conforme Protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Com luvas estéreis, limpar a pele, ferida ou inserção do cateter com gaze e SF 0,9%, em seguida, com movimentos firmes e retos (trocando os lados das gazes) realizar a antisepsia da pele no local da inserção com Clorexidina Alcoólica 0,5% (enquanto o hospital não realiza a aquisição da Clorexidina Alcoólica 0,5%, deverá ser utilizado o álcool à 70%);
- Repetir o movimento descrito por 3x;
- Secar com gaze;
- Escolher o Filme Transparente do tamanho adequado, com diâmetro que ultrapasse a borda;
- Aplicar o Filme Transparente a incisão;
- Datar.



10- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Trocar quando perder a transparência, descolar da pele ou se houver sinais de infecção ou sete dias.

11- REGISTRO: Toda a atividade deve ser registrada em prontuário.

12- OBSERVAÇÕES:

- A ação acima descrita deverá ser realizada em uso de Filmes Transparentes Estéreis.
- Ao contato direto com lesão, dispensa curativo secundário.
- OBRIGATORIAMENTE após punção de CVC deverá ser adotado o curativo compressivo com gaze. O Filme Transparente deverá ser utilizado apenas em pacientes que seguem os requisitos do POP 14.6;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Filme Transparente				CÓDIGO POP – 14.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O

título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível

<<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Filme Transparente				CÓDIGO POP – 14.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Lívia Dias Mangueira



NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enf^o Residente Lucas Borges de Oliveira**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Desbridante Enzimático Hidrogel/Colagenase				CÓDIGO POP – 14.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

01- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

02- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso do Hidrogel/Colagenase.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

04- COMPOSIÇÃO: Gel transparente, incolor, composto por: Água (77,7%); Carboximetilcelulose - CMC (2,3%); Propilenoglicol – PPG (20%); Pectina; Podemos encontrar o hidrogel com os quatro componentes, ou com apenas alguns deles.

05- MECANISMO DE AÇÃO:

- Amolece e remove o tecido desvitalizado;
- Água: mantém o meio úmido;
- CMC: facilita a reidratação celular e o desbridamento;

- PPG: estimula a liberação de exsudato;
- Pectina: absorve a água formando soluções coloidais viscosas e opalescentes (gel) com propriedades protetoras sobre as mucosas.

06-INDICAÇÃO:



- Remover crosta e tecidos desvitalizados de feridas abertas.
- Tipos de Feridas: Feridas com crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necrosados.

07- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Utilizar em pele íntegra e incisões cirúrgicas fechadas.

08- MODO DE USAR:

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Desbridante Enzimático Hidrogel/Colagenase				CÓDIGO POP – 14.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Espalhar o gel sobre a ferida ou introduzir na cavidade assepticamente;
- Em feridas extensas pode-se espalhar o gel sobre o leito da ferida e utilizar como cobertura primária gazes embebidas em solução fisiológicas a 0,9% e AGE; (**Atenção: Sempre atentar para deixar a ferida úmida**);
- Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril.

08- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação da cobertura secundária;

09- OBSERVAÇÕES: O hidrogel poderá ser usado concomitante com outras coberturas. Na ausência do hidrogel, a colagenase poderá ser utilizada. Ao contrário do hidrogel, a



colagenase não proporciona tanta umidade ao leito da ferida, porém também funciona como desbridante enzimático.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Desbridante Enzimático Hidrogel/Colagenase				CÓDIGO POP – 14.8	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
01/12/2015	01/12/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.



CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.

ELABORADO POR:

Lívia Dias Manguiera Bastos

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR: Enfª Sâmia Letícia Ribeiro Lima/ Enfº Residente Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Curativo com Sulfadiazina de Prata 0,1%				
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão 12/11/2015	Data de Aprovação 12/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01- ABRANGÊNCIA: Todos os setores assistenciais do HU-UNIVASF.

02- OBJETIVO: Padronizar as técnicas de realização de curativo especial com o uso da Sulfadiazina com Prata a 0,1%

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

04- COMPOSIÇÃO: Sulfadiazina de Prata a 1% hidrofílica.

05- MECANISMO DE AÇÃO: O íon de prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo

açãobacteriana imediata e ação bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica.

06-INDICAÇÃO:

- Prevenção de colonização e tratamento da ferida (queimaduras).

06- TIPOS DE FERIDAS:



- Queimaduras;
- Escoriações/abrasões;
- Lesões superficiais colonizadas ou contaminadas.

07-CONTRA – INDICAÇÃO:

- Hipersensibilidade ao produto.

08- MODO DE USAR:

- Preparar o material;
- Usar os EPIs;
- Lavar as mãos;
- Com luvas estéreis, lavar o leito da ferida com SF a 0,9%;
- Limpar e remover excesso de creme e tecido desvitalizado, se necessário;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Sulfadiazina de Prata 0,1%				CÓDIGO POP – 14.9	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03

- Aplicar o creme assepticamente por toda extensão da lesão (+/- 5 mm de espessura);
- Colocar gaze de contato úmida;
- Cobrir com cobertura secundária estéril.

09- PERIODICIDADE DE TROCA:

- No máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

10-OBSERVAÇÕES:



- Sempre retirar o excesso de pomada remanescente a cada troca de curativo;
- Preferencialmente não usar a sulfadiazina com prata a 0,1% com outras coberturas especiais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. Cadernos de Enfermagem em Ortopedia. Curativos. Orientações básicas. Maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30) Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Sulfadiazina de Prata 0,1%					CÓDIGO POP – 14.9
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

CURATEC. Manual de Feridas e Coberturas. Disponível <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 06 de Out de 2015.



ELABORADO POR:

Lívia Dias Mangueira

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Enfº Lucas Borges de Oliveira/ Enfª Sâmia Letícia Ribeiro Lima

NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Não Aderente Impregnada com Emulsão de <i>Petrolatum (Tela de Rayon)</i>		CÓDIGO POP – 14.10			
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão 12/11/2015	Data de Aprovação 12/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03

01-DEFINIÇÃO: A tela de Rayon é um curativo primário não aderente e estéril, indicado para lesões onde é necessário evitar a aderência do curativo ao leito da ferida.

02- OBJETIVO: Cicatrização de lesões superficiais limpas.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

04- INDICAÇÃO: Feridas superficiais limpas ou feridas granuladas com pouco ou nenhum tecido desvitalizado.

05- CONTRA - INDICAÇÃO:

- Feridas com cicatrização por primeira intenção;
- Feridas infectadas;
- Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.



06-MATERIAL NECESSÁRIO: curativo tela de rayon; 01 pacote de gaze; Soro Fisiológico 0,9% 100ml; 01 compressa estéril (quando necessário).

07-COMPOSIÇÃO: constituído por uma malha de acetato de celulose (Rayon) impregnada com uma emulsão de petrolatum.

08-MECANISMO DE AÇÃO:A uniformidade da malha que compõe a gaze, associada à emulsão de petrolatum proporciona uma cobertura primária com poros não ocluídos que impede a aderência do mesmo ao ferimento, além de facilitar o fluxo de exsudato para a cobertura secundária absorvente, além de manter o meio úmido, auxiliando no processo cicatricial.

09- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Não Aderente Impregnada com Emulsão de Petrolatum (Tela de Rayon)				CÓDIGO POP – 14.10	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão 12/11/2015	Data de Aprovação 12/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03

- Usar os EPIs;
- Lavar a ferida com SF a 0,9% em jato;
- Remover exsudato e tecido desvitalizado, se necessário;
- Escolher o tamanho ou apresentação da tela que melhor se adapta à lesão. Se necessário, corte de forma (asséptica) que seja mínima a sobreposição na região ao redor da ferida;
- Aplicar o curativo diretamente sobre a ferida utilizando técnicas assépticas, umedecendo a tela com óleo AGE;
- Em casos de divisão, ocluir na própria embalagem a parte a ser utilizada na próxima aplicação;

- Ocluir com cobertura secundária estéril (preferencialmente compressa estéril);
- Identificar a data e o nome sobre o curativo.
- Higienizar as mãos, conforme protocolo de Higienização das Mãos/CCIRAS;
- Registrar em prontuário, conforme item 09.



10- PERIODICIDADE DE TROCA:

- Para feridas exudativas e não infectadas, efetuar a troca quando houver a perda da característica não aderente, ou no máximo a cada 72 horas.
- Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada.

11- REGISTRO: Anotar a região onde foi instalada a tela de rayon, a data e a hora em formulário de evolução e anexar no prontuário do paciente. Assim, como descrever a ferida de forma detalhada. Lembrar de anotar data prevista para troca do mesmo. Assinar e carimbar.

REFERÊNCIAS:



BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. 82p.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo com Gaze Não Aderente Impregnada com Emulsão de Petrolatum (Tela de Rayon)					CÓDIGO POP – 14.10
ÁREA EMITENTE: CCIRAS/CIRÚRGIA PLÁSTICA					
Data de Emissão 12/11/2015	Data de Aprovação 12/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 03

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. **Curativos** – orientações básicas. Caderno de Enfermagem em Ortopedia, Vol. 1, 32p. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006;



CURATEC. **Manual de Feridas e Coberturas**. Disponível: <<http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Guia.pdf>>. Acesso em 11 de out de 2015.

ELABORADO POR: Giselle Karine Muniz Melo – Enfermeira Supervisora, Clínica Ortopédica.
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª. Residente Naara Carol Costa Alves/ Sâmia Letícia Ribeiro Lima e Enfº Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Faria Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Aliviador de Pressão				CÓDIGO POP – 14.11	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
11/11/2015	11/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 03

- 1- DEFINIÇÃO:** O Aliviador de Pressão é eficaz para uso em pacientes acamados em internação hospitalar para serem utilizados como prevenção de úlceras por pressão, pois protegem do cisalhamento e fricção e absorvem a umidade que fragiliza a pele, garantindo sua integridade. Possui formatos em borboleta e redondo (sacral) para serem utilizados em áreas de difícil fixação que estão em contato com o leito e apresentam excelente custo-efetividade, pois possuem uma membrana inteligente de permeabilidade seletiva que controla a saída de vapor d'água e impede a entrada de água e bactérias, minimizando o risco de infecção.

- 2- **OBJETIVO:** prevenção de úlceras por pressão em pacientes internados no HU - UNIVASF.
- 3- **PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA:** Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.
- 4- **INDICAÇÃO:** Indicado para prevenção de úlceras por pressão em áreas de proeminência óssea com alto risco de ulceração como: cotovelos, calcâneos, sacral, escapular, trocanteriana e tratamento de úlceras por pressão estágio I a IV que possuem nível de exsudação baixo a moderado.
- 5- **CONTRA - INDICAÇÃO:** feridas infectadas e altamente exsudativas. Reações alérgicas ou de sensibilidade aos componentes da cobertura.
- 6- **MATERIAL NECESSÁRIO:** curativo aliviador de pressão adequado para a área que se deseja proteger.
- 7- **COMPOSIÇÃO:** É um curativo hidrocolóide de absorção superior que promove o meio ambiente úmido ideal para prevenir ou acelerar o processo de cicatrização de úlceras por pressão.
- 8- **MECANISMO DE AÇÃO:** É um curativo oclusivo composto por duas camadas internas de partículas hidroativas à base de carboximetilcelulose sódica, e/ou pectina

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Aliviador de Pressão					CÓDIGO POP – 14.11	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
11/11/2015	11/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 03	

e/ou gelatina associado com alginato de cálcio, recoberto por camada de poliuretano, capaz de fazer a troca gasosa e impermeável à água. Estas substâncias contêm partículas absorventes de líquidos formando um composto elástico, autoadesivo, coberto por um filme semipermeável de poliuretano.



9- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;

- Usar os EPIs;
- Identificar as áreas de proeminência óssea com alto risco de ulceração;
- Escolher o tamanho do aliviador que melhor se adapte à proeminência óssea;
- Com luvas de procedimento, colocar o paciente em posição segura e confortável e expor a região a ser prevenida;
- Com a ajuda de uma boneca de gaze estéril, lavar com soro fisiológico 0,9% a região a ser protegida;
- Secar a pele com a mão enluvada, utilizando a boneca de gaze, sem friccioná-la na pele;
- Retirar a luva e aplicar o aliviador de pressão;
- Identificar a data e o nome sobre o curativo;
- Higienizar as mãos, conforme orientação da CCIRAS;
- Registrar em prontuário, conforme item 09;
- **OBS: O aliviador de pressão possui discos de espuma de poliuretano com marcação laranja na parte posterior que devem ser removidos de acordo com o tamanho da lesão para aliviar a pressão.**

10- PERIODICIDADE DE TROCA: Deve ser trocado quando ocorrer extravasamento do gel ou descolamento das margens do aliviador, não ultrapassando 07 dias. Não exige cobertura secundária.

11- REGISTRO: anotar a região onde foi fixado o aliviador, a data e a hora em formulário de evolução e anexar no prontuário do paciente. Lembrar de anotar data prevista para troca do mesmo. Assinar e carimbar.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Curativo Aliviador de Pressão					CÓDIGO POP – 14.11	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
11/11/2015	11/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03	

REFERÊNCIAS:

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. 82p.

COLOPLAST. Comfeel® Plus – Aliviador de Pressão. Disponível <<http://mcsurgical.com.br/comfeel-plus-curativo-de-hidrocoloide-aliviador-de-pressao/>> Acesso em 09 de out de 2015.

ELABORADO POR: Giselle Karine Muniz Melo
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª. Residente Naara Carol Costa Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem		
Segurança do Paciente – Identificação do Paciente			CÓDIGO POP – 15.1
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente			
Data de Emissão 27/11/2015	Data de Aprovação 27/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018
			Versão 1
			Pág. 01 de 03

01- OBJETIVO:Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos. A presença da pulseira de identificação do paciente deverá ser sempre observada pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem.

03- INDICAÇÃO: No momento de admissão ou transferência de pacientes entre setores da instituição, ou seja, essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.



04- MATERIAL NECESSÁRIO: Pulseiras de identificação; placas de identificação dos leitos, impressora e pincel para escrita.

05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: No momento da internação, a pulseira será confeccionada pelo setor de Regulação e deverá ser colocada imediatamente no membro do paciente. O leito deverá ser identificado contendo informações como: nome do paciente, idade, diagnóstico, tipo de dieta, data de admissão no hospital e no setor e uso de dispositivos.

06- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

07- OBSERVAÇÕES:

- **A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:**
 - A administração de medicamentos,
 - A administração do sangue,
 - A administração de hemoderivados,

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Identificação do Paciente				CÓDIGO POP – 15.1		
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão 27/11/2015	Data de Aprovação 27/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	



- A coleta de material para exame;
- A entrega da dieta;
- A realização de procedimentos invasivos.

- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.
- NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

08- RISCOS RELACIONADOS: Todos os eventos adversos envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Protocolo de Identificação do Paciente - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz, 2013.



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Identificação do Paciente				CÓDIGO POP – 15.1	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03

ELABORADO POR:



Enf^a: Renata Marques da Silva

Técnica de Enfermagem: Margarida Matos

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enfª Sâmia Letícia Lima Ribeiro/Enfº Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Protocolo para Prevenção de Úlcera por pressão		CÓDIGO POP – 15.2			
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão 27/11/2015	Data de Aprovação 27/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

- 01- DEFINIÇÃO:** Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção.
- 02- OBJETIVO:** Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.
- 03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA:** As recomendações para a prevenção de Úlceras por Pressão devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar.
- 04- INDICAÇÃO:** O impresso para avaliação do risco para desenvolvimento de Úlcera por Pressão deve ser aplicado a todos os pacientes no momento da internação no hospital e sempre que houver transferência para outro setor, atentando para a necessidade de reavaliação a cada 7 dias.
- 05- MATERIAL NECESSÁRIO:** Impresso do Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão (Escala de Braden) disponibilizada no HU- UNIVASF (Anexo A).
- 06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:** No momento da internação, o enfermeiro deverá avaliar o paciente quanto ao risco de desenvolvimento de UPP, através da inspeção da pele e preenchimento da escala de Braden. A reavaliação deverá ser semanalmente, ou seja, de 7 em 7 dias.
- 07- REGISTRO:** Toda atividade deve ser registrada em prontuário.



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Protocolo para Prevenção de Úlcera por pressão				CÓDIGO POP – 15.2	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

08- OBSERVAÇÕES: A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são atribuições do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas, como manter a hidratação da pele, lençóis limpos e esticados e realizar a mudança de decúbito de 2 em 2 horas.

ATENÇÃO!

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A massagem **não** deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.
- O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

09- RISCOS RELACIONADOS: A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. Todos os eventos adversos envolvendo o desenvolvimento de UPP no paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Protocolo para Prevenção de Úlcera por pressão				CÓDIGO POP – 15.2	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04

REFERÊNCIAS:



BRASIL, Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz, 2013.

ANEXOS – ANEXO A

 HOSPITAL DE ENSINO DOUTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Av. José de Sá Maniçoba, s/n - centro - Petrolina-PE CEP: 56304-205				
PROTÓCOLO PARA CONTROLE PREVENTIVO DE ÚLCERA POR PRESSÃO				
Nome no Paciente: _____		REG: _____		Idade _____
Data da Admissão ____/____/____ H.D. _____		Leito _____		
Úlcera por pressão na admissão: () Não () Sim Local(is) _____				
Descrição da lesão existente: _____				
ESCALA DE BRADEN				
Descrição	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
Umidade	Constantemente Úmida	Úmida	Ocasionalmente Úmida	Livre de Umidade
Atividade	Confinamento no Leito Sem Movimentação	Confinado no leito com movimentação Discreta	Possibilidade de caminhar Ocasionalmente	Possibilidade de Caminhar Diariamente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações
Nutrição	Não Adequada	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum problema	
AVALIAÇÃO: 06 à 11 pontos = Risco Alto (Indicativo de Curativo Preventivo)				TOTAL
12 à 17 pontos = Risco Moderado (Indicativo de Curativo Preventivo)				
18 à 20 pontos = Risco baixo (Não Indicativo)				
Controle de aparecimento e desenvolvimento das UPP's durante Internamento				
Aplicação de curativo Contorno Sacral/Trocanter (Hidrocolóide) e Aliviadores de Pressão em Calcâneos				
Data Início: Sacral ____/____/____ Calcâneo MID ____/____/____ Calcâneo MIE ____/____/____				
Trocanter D ____/____/____ Trocanter E ____/____/____				
Aplicação de outros dispositivos: () NÃO () SIM Qual? _____				
Período de Internamento: ____/____/____ a ____/____/____ Total: _____				
Prevenção de Úlcera Por Pressão durante Período: () Sim () Não				
Local	Estágio I/Data	Estágio II/Data	Estágio III/Data	Estágio IV/Data
Sacra(S)				
Calcâneo (MID)				
Calcâneo (MIE)				
Trocanter				
Outros				
ASSINATURA _____				

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Segurança do paciente - Protocolo para Prevenção de Úlcera por pressão				CÓDIGO POP – 15.2
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão 27/11/2015	Data de Aprovação 27/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04

ELABORADO POR: Enf ^a : Renata Marques da Silva Técnica de Enfermagem: Margarida Matos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Higienização das Mãos		CÓDIGO POP – 15.3			
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

01- DEFINIÇÃO: “Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microorganismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (Infecção Relacionada a Assistência à Saúde). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica.

02- OBJETIVO: Instituir e promover a higiene das mãos com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: O protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre, além de locais onde ocorra circulação de pessoas que entram em contato em áreas assistenciais. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica.



04- INDICAÇÕES:

As indicações para higiene das mãos contemplam:

- a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água: Ao iniciar o turno de trabalho, quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro; quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada; em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.
- b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica: Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas; antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos;
- c) Deve-se seguir os cinco Momentos:

1. Antes de tocar o paciente;

2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Higienização das Mãos				CÓDIGO POP – 15.3	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.

12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04
------------	------------	-------------------	---------	---	----------

3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
4. Após tocar o paciente;
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente



05- MATERIAL NECESSÁRIO: Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%), água e sabonete líquido.

06- DESCRIÇÃO DO PRECEDIMENTO: Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos **com preparação alcoólica:**

- Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos **com sabonete líquido e água:**

- 1- Molhe as mãos com água;
- 2- Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- 3- Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;



	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Segurança do paciente - Higienização das Mãos		CÓDIGO POP – 15.3		
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de	Data de	Data de Vigência	Próxima	Versão	Pág.

Emissão 12/11/2015	Aprovação 12/11/2015	12/2015 a 12/2017	Revisão 01/2018	1	03 de 04
-----------------------	-------------------------	-------------------	--------------------	---	----------

- 4- Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 5- Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais;
- 6- Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
- 7- Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- 8- Fricção as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
- 9- Enxague bem as mãos com água;
- 10- Seque as mãos com papel toalha descartável;
- 11- No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha;
- 12- Agora as suas mãos estão seguras.

07- OBSERVAÇÕES: O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- ✓ Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- ✓ Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microorganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- ✓ Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microorganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- ✓ Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- ✓ Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- ✓ Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- ✓ Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- ✓ Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Segurança do paciente - Higienização das Mãos		CÓDIGO POP – 15.3
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente		



Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

08- RISCOS RELACIONADOS: Os seguintes comportamentos devem ser evitados: utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos; utilizar água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água; calçar luvas com as mãos molhadas, levando a riscos de causar irritação; higienizar as mãos além das indicações recomendadas; usar luvas fora das recomendações.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Protocolo de Higienização das Mãos - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz, 2013.

ELABORADO POR: Enfª Renata Marques da Silva e TE Margarida Paiva Matos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima e Enfº Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Faria Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Segurança do paciente – Prevenção de Queda		CÓDIGO POP – 15.4

ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

02- OBJETIVO: Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente por todos os profissionais de saúde, em especial a equipe de Enfermagem.

04- INDICAÇÃO: A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Grades de proteção e freios dos leitos; corrimãos nos banheiros e corredores das enfermarias; cadeiras de rodas para banho; piso antiderrapante (quando necessário); corredores livres de obstáculos; iluminação adequada; vestuário e roupa reforçados; escadas para os leitos; muletas, bengalas, andador ecoxins.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada (**ANEXO A**);

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Segurança do paciente – Prevenção de Queda		CÓDIGO

					POP – 15.4	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	

- Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais;
- Reavaliar o risco sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação;
- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda no leito do paciente.
- Notificar queda como Evento Adverso.



07- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

08- OBSERVAÇÕES: A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário. No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

09- RISCOS RELACIONADOS: Todos os eventos adversos envolvendo queda do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço


REFERÊNCIAS:



BRASIL, Protocolo de Identificação do Paciente - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz, 2013.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem	
Segurança do paciente – Prevenção de Queda		CÓDIGO

					POP – 15.4	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

ANEXO A – Avaliação do Risco de Quedas

 HOSPITAL DE ENSINO DOUTOR WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Av. José de Sá Maniçoba, s/n - centro - Petrolina-PE CEP: 56304-205						
AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA						
NOME DO PACIENTE:						
REGISTRO:	SETOR:			LEITO:		
FATORES PREDISPOONENTES	ESCALA		1º SEMANA	2º SEMANA	3º SEMANA	4º SEMANA
1. Histórico de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	NÃO	0				
	SIM	25				
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	NÃO	0				
	SIM	15				
3. Ajuda para caminhar						
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado cadeira de rodas	0					
Muletas/canadianas/bengala/andarrilha	15					
Apoia-se no mobiliário para andar	30					
4. Terapia intravenosa/catéter periférico com obturador/heparina	NÃO	0				
	SIM	20				
5. Postura no andar e na transferência						
Normal/acamado/ imóvel	0					
Debilitado	10					
Dependente de ajuda	20					
6. Estado mental						
Consciente das suas capacidades	0					
Esquece-se das suas limitações	15					
TOTAL						
GRAU DE RISCO DE QUEDA						
Sem risco						
Baixo risco						
Alto risco						
AMOSTRA DE NIVEL DE RISCO						
NIVEL DE RISCO	PONTUAÇÃO DE ESCALA DE MORSE		AÇÃO			
Sem risco	0 - 24		Bons cuidados de enfermagem básicos			
Baixo risco	25 - 50		Intervenções padrão de prevenção de quedas			
Alto risco	>= 51		Intervenções de prevenção de quedas de alto risco			
Assinatura						

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem		
	Segurança do paciente – Prevenção de Queda		

					POP – 15.4	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04	

ELABORADO POR:Enf^a: Renata Marques da Silva

Técnica de Enfermagem: Margarida Matos

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**Enf^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/Enf^o Lucas Borges de Oliveira**NOME / ASSINATURA****APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA**DE ACORDO:**

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

Segurança do paciente - Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos				CÓDIGO POP -15.5	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05

01- DEFINIÇÃO: Erro de medicação é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. **Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela **equipe da farmácia** quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial. **Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital.

02- OBJETIVO: Prevenir os erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, tornando relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas por todos os profissionais envolvidos no processo de **prescrição, dispensação e administração**, principalmente médicos, farmácia e equipe de enfermagem respectivamente.

04- INDICAÇÃO: Esse protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes internados, ou não, que necessitem do uso de medicações no ambiente hospitalar.

Divisão de Enfermagem					
Segurança do paciente - Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos				CÓDIGO POP – 15.5	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05

05-MATERIAL NECESSÁRIO: Formulário de uso específico para antimicrobianos, sistema informatizado para prescrições médicas, material para separação de medicamentos e dispense individual para cada leito.

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:



- **Identificação do paciente:** na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.
- **Identificação do prescritor na prescrição:** deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.
- **Identificação da instituição na prescrição:** ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.
- **Identificação da data de prescrição:** é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.
- **Legibilidade:** recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros					
Divisão de Enfermagem					
Segurança do paciente - Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos				CÓDIGO POP – 15.5	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 05

- **Uso de abreviaturas:** recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos **sem** o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação.
- **Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes:** medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: **DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRISTina.**
- **Expressão de doses:** a utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.
- **Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de Alta Vigilância:** as unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de Alta Vigilância, especialmente anticoagulantes, opióides insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado. Estes deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

07- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

08- OBSERVAÇÕES: As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:
Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única; **Caso necessário:** quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos				CÓDIGO POP – 15.5		
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05	

o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima; **Baseada em protocolos:** quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica; **Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa; **Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e **Verbal:** utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista. O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. Deverão permanecer nas unidades de internação APENAS os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.



09- RISCOS RELACIONADOS: Todos os eventos adversos envolvendo erros de medicação no que diz respeito a prescrição, administração, preparo e dispensação devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, 2013.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do paciente - Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos				CÓDIGO POP – 15.5		
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
27/11/2015	27/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05	

ELABORADO POR: Enf ^a : Renata Marques da Silva Técnica de Enfermagem: Margarida Matos
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Lima Ribeiro/Enf ^o Lucas Borges de Oliveira
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Protocolo para Cirurgia Segura				CÓDIGO POP – 15.6	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO: Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos. A Lista de Verificação subsidia a cirurgia e a divide em **três fases:** I - Antes da indução anestésica; II - Antes da incisão cirúrgica; e III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.



02- OBJETIVO: Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano, dentro do centro cirúrgico por todos os profissionais envolvidos na cirurgia: cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

04- INDICAÇÃO: A Lista de Verificação para Cirurgia Segura deve ser aplicada para todos os pacientes antes do procedimento cirúrgico dividida em três fases: **I - Antes da indução anestésica; II - Antes da incisão cirúrgica; e III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.**

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Impresso com o check-list da Lista de Verificação para Cirurgia Segura (Anexo A).

06- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: **I - Antes da indução anestésica:** 1. Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada. 2. Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos. 3. Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia. 4. Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação 5. Confirmar a conexão de um monitor

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Protocolo para Cirurgia Segura				CÓDIGO POP – 15.6	
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04

multiparamétrico ao paciente e seu funcionamento. 6. Revisar verbalmente com o anesthesiologista, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída. **II - Antes da incisão cirúrgica:** 1. A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função. 2. A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto. 3. A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia. 4. A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica. 5. A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários. **III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia:** 1. A conclusão da contagem de compressas e instrumentais. 2. A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida. 3. A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas. 4. A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.



07- REGISTRO: Toda atividade deve ser registrada em prontuário.

08- OBSERVAÇÕES: O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento (**quando houver**) pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

09- RISCOS RELACIONADOS: Todos os eventos adversos envolvendo procedimentos cirúrgicos em pacientes devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.



REFERÊNCIAS:

BRASIL, Protocolo para Cirurgia Segura - Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz, 2013.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Protocolo para Cirurgia Segura				CÓDIGO POP – 15.6		
ÁREA EMITENTE: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

ANEXO A - Check-list da Lista de Verificação para Cirurgia Segura.

CHECK LIST PARA VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA			DATA: ___/___/___
NOME DO PACIENTE:		PRONT.	SEXO: IDADE:
PROCEDÊNCIA:		CIRURGIA:	CIRURGIÃO: SALA
ANESTESIOLOGISTA:		ENF:	TÉC. ENF:
ANTES DA INDUÇÃO ANÉSTESICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
Nome do paciente está correto?	Confirmar verbalmente a identificação do paciente, local e procedimento da cirurgia a ser feita. () Sim () Não	Conferir o nome do procedimento realizado. () Sim () Não	
() Sim () Não	Qual a duração aproximada do procedimento?	Contagem de instrumento e agulhas está correta?	
Paciente em jejum? () Sim () Não		() Sim () Não se aplica	
	Houve correta identificação do instrumental cirúrgico?		
	() Sim () Não		
Paciente tem alguma alergia?	Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?	Biopsias ou peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?	
() Sim () Não Qual?	() Sim () Não	() Sim () Não () Não se aplica	
Retirou objetos pessoais?	O paciente está monitorizado?	Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?	
() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não Qual?	
Exames e consentimento informado no prontuário?	Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?	ATENÇÃO: fixar os indicadores químicos no prontuário.	
() Sim () Não			
Identificar local e lado do sítio cirúrgico.		Analisar os pontos importantes para a recuperação pós-anestésica e operatória. Há algum cuidado específico desse paciente no pós operatório?	
	() Sim () Não		
() Sim () Não Qual?	O antibiótico profilático foi administrado?		
	() Sim () Não		
Realizado checagem do equipamento anestésico?	Exames de imagem estão disponíveis?		
() Sim () Não	() Sim () Não () Não se aplica		
	É necessário reserva de UTI?	Quantidade de compressas no final da cirurgia? ____	
Há risco de via aérea difícil/tronco aspiração?	() Sim () Não	OBSERVAÇÕES:	
() Sim () Não			
Há risco de perda sanguínea >500ml(7ml/kg em criança)?	Quantidades de Compressas no início da cirurgia? _____		
() Sim () Não	OBSERVAÇÕES:		
É necessário reserva de sangue ou outro hemoderivado? () Sim () Não			

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Segurança do Paciente – Protocolo para Cirurgia Segura				CÓDIGO POP – 15.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR:

Enf^a Renata Marques da Silva
Técnica de Enfermagem Margarida Matos

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR:

Enf^o Residente Lucas Borges de Oliveira

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR:



Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Operacional Padrão: como elaborar?				CÓDIGO POP – 16.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de enfermagem						
Data de Emissão 18/09/2015	Data de Aprovação 26/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03	

01- DEFINIÇÃO: Apresentar de forma uniformizada uma atividade técnico-assistencial com o objetivo de atingir determinado resultado esperado, livre de variações.



02- OBJETIVO: Esclarecer dúvidas e padronizar a execução de ações; manter a segurança na realização dos procedimentos; estimular a melhoria na assistência, nos processos de trabalho e resultados, buscando índices de qualidade.

03- ORIENTAÇÕES:

- Sempre fundamentar em princípios científicos e na legislação atual;
- Buscar sempre relacionar a construção do POP ao processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Ser construído por quem executa o procedimento, uma vez que esse é o dono do processo, com apoio e avaliação da chefia de enfermagem e sob a orientação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital;
- A elaboração do POP pode ser feita a partir da revisão de outro POP já existente no HU-WAB.
- Deve-se programar revisões periódicas.

04- CABEÇALHO DO POP



- **Página:** colocar o número da página e indicar o número total de páginas do POP.
- **Código:** indicar o número do código, enumerando conforme pré-determinado pelo NEP.
- **Data de emissão:** colocar a data de finalização do POP.
- **Data de aprovação:** colocar a data que o POP foi aprovado pelo profissional revisor (Divisão de Enfermagem - DE).
- **Vigência:** Indicar a data exata em que o POP entra em vigor.
- **Revisão:** período de 02 anos para que o POP passe por nova revisão, a partir da data da sua vigência.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Operacional Padrão: como elaborar?				CÓDIGO POP – 16.1		
ÁREA EMITENTE: Divisão de enfermagem						
Data de Emissão 18/09/2015	Data de Aprovação 26/11/2015	Data de Vigência 12/2015 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	

- **Versão:** Indicar o número da versão do POP (será alterada a cada revisão).
- **Área emitente:** identificar a área responsável pela construção do POP
- **Título:** Nomear o POP de forma clara e sucinta.
- **Cabeçalho do POP:** Deverá ser repetido em todas as páginas.

05- PASSOS PARA CONSTRUÇÃO

- Reúna grupos de trabalho para pesquisarem e discutirem sobre o assunto (pessoas que estão envolvidas na produção do serviço).
- Transcreva tudo que é feito em um papel e depois enumere o que foi escrito em sequência das ações que serão desenvolvidas.
- Confeccionar conforme modelo do POP 001.
- Estabeleça uma data para término da confecção do POP.
- Deve preferencialmente conter os seguintes tópicos:
 - **Definição:** em que consiste?
 - **Objetivos:** por que fazer?
 - **Profissionais envolvidos e abrangência:** quem faz? Qual setor?
 - **Indicação:** quando fazer o procedimento?
 - **Material necessário:** nesse campo citar todos os materiais imprescindíveis para a execução do procedimento.
 - **Descrição do procedimento:** como fazer? Onde fazer?
 - **Registro:** toda atividade deve ser registrada em prontuário.
 - **Observações:** colocar esse tópico quando existir informação específica do POP que se está confeccionando.
 - Outros tópicos podem ser incluídos, como por exemplo: **Riscos relacionados, Intervenções, Cuidados Especiais e Orientações ao paciente.**
 - **Anexo ou impresso relacionado:** quando houver, manter como parte integrante do POP.
 - **Quadro informativo com os participantes da elaboração do documento:** quem elaborou, quem aprovou, e o acordo da gerência imediata.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Operacional Padrão: como elaborar?				CÓDIGO POP – 16.1	
ÁREA EMITENTE: Divisão de enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
18/09/2015	26/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 03



- **Controle de treinamentos:** Determinar a periodicidade de treinamento e o público-alvo.
- **Referências.**

REFERÊNCIAS:

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP 01A/12, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, abril 2012;

GUERRERO, G.P, BECCARIA L. M., TREVIZAN M. A. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-Am Enfermagem 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 18 de setembro de 2015.

ELABORADO POR: Enf ^a Sâmia Letícia Ribeiro Lima Enf ^a Residente Naara Carol Costa Alves
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Transferência do Paciente (Intra-hospitalar)				CÓDIGO POP 16.2	
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS					
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 04

01- DEFINIÇÃO: Consiste em transferir o paciente que necessite de cuidados médicos e de enfermagem especializados para uma unidade de internação específica.

02- OBJETIVO: Otimizar a transferência do paciente entre as diversas unidades sistematizando o atendimento.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, Assistente Administrativo e Profissionais do SRAS.



04- MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente e exames;
- Presença de um familiar ou responsável quando necessário.

05- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

5.1 Setor de Origem:

- O Médico solicita a transferência do paciente;
- O Médico entrega a documentação referente à transferência (resumo de alta/transferência, prescrição médica e programação do retorno no ambulatório se necessário) ao Enfermeiro e faz as orientações necessárias para a continuidade do cuidado;
- O Enfermeiro solicita o leito em outra unidade de internação à Equipe de Gestão de Leitos;
- Se houver leito disponível, a Equipe de Gestão de Leitos atente a solicitação de transferência e comunica a unidade de destino do paciente de sua transferência e para qual leito será transferido;
- Se não houver leito disponível, a Equipe de Gestão de Leitos comunica a unidade de origem que não há vagas no momento, ficando a unidade aguardando nova informação de internação ao final de cada turno;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Transferência do Paciente (Intra-hospitalar)				CÓDIGO POP 16.2		
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS						
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 04	

- Se final de semana, o Enfermeiro da unidade de origem solicita a vaga ao enfermeiro da unidade de destino;
- Ao Enfermeiro da clínica de origem cabe informar ao enfermeiro da clínica de destino sobre as condições do paciente a ser transferido, observando o **check-list do anexo A**;
- O Enfermeiro comunica e verifica se o Serviço Social contatou familiar quando necessário;
- O Enfermeiro solicita ao Assistente Administrativo o protocolo de entrega do prontuário ao setor de destino, encaminhando o mesmo organizado e com a ficha de primeiro atendimento e AIH, além dos exames de imagem;
- O Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem, responsável pelo paciente, encaminham o paciente ao setor de destino;
- O Enfermeiro informa o leito a ser ocupado na clínica de destino e a data e hora da transferência no sistema AGHU.



5.2 Setor de Destino:

- Preparar a unidade do paciente adequadamente;
- O Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem recebem o paciente na unidade, verificando se está anexada no prontuário a ficha de primeiro atendimento e a AIH devidamente preenchida e assinada, bem como a prescrição médica, assinando o protocolo.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MOTTA, A. L. C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1ª edição. Iátria Editora, 2005.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Transferência do Paciente (Intra-hospitalar)				CÓDIGO POP 16.2		
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS						
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 04	



AGHU. **Sistema de Aplicativos para gestão Hospitalar.** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, 2010.

EBSERH. **Modelo de Regulação Assistencial.** Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSERH/Hospitais Universitários Federais. 1ª edição. Serviço de Regulação Assistencial, 2015. 69 p

ANEXOS:

ANEXO-A – Check-list para transferência interna

Nome: _____		Idade: _____	
Data: ___/___/___		Hora: ____: ____	
Setor de Origem: _____		Leito: Transferindo para: Leito: _____	
Controle de infecções:			
Resultado de cultura:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Em andamento.	<input type="checkbox"/> Sim. Qual
Em uso de antibiótico:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual	
Isolamento:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Respiratório por Aerossol <input type="checkbox"/> Gotículas.
Qual microrganismo isolado?			
Riscos Identificados:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Imunossuprimido <input type="checkbox"/> Outros
Situação			
Escala de Coma de Gasglow:			
UPP:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, local: Aspecto:	
Curativo Especial:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, qual:	
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, qual:	
Cateteres/Sondas:	<input type="checkbox"/> Não	CVP – Local: _____	Data ___/___/___ <input type="checkbox"/> SVD - Data ___/___/___
<input type="checkbox"/> GTT/SNG-E - Data ___/___/___	<input type="checkbox"/> CVC – Local: _____	Data ___/___/___	
Encaminhado impresso:	<input type="checkbox"/> Ficha de 1º Atendimento	<input type="checkbox"/> AIH	<input type="checkbox"/> Escala Braden <input type="checkbox"/> Risco de queda
Avaliação			
Enfermeiro avisado:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, nome do enfermeiro: _____	
Avisado Família/Acompanhante:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, nome do familiar avisado: _____	
Recomendação			
Pendências:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, qual: _____	
Observações/Orientações Especiais/Restrições:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, qual: _____	
Enfermeiro responsável: _____			

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Procedimento Administrativo para Transferência do Paciente (Intra-hospitalar)				
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS					
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 04 de 04

ELABORADO POR:

Giselle Karine Muniz de Melo

NOME / ASSINATURA

REVISADO POR:

Sâmia Letícia Ribeiro Lima

NOME / ASSINATURA

APROVADO POR:


Adriana Soares de Lima Leandro

NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira

NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para transferência do paciente (Inter Hospitalar)				CÓDIGO POP 16.3	
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 e 03

01- DEFINIÇÃO: Consiste em transferir o paciente que necessite de cuidados médicos e de enfermagem especializados para um outro Hospital de internação específica.

02- OBJETIVO: Otimizar a transferência Inter Hospitalar do paciente sistematizando o atendimento.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, Assistente Administrativo e Profissionais do SRAS.



04- MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente e exames;
- Presença de um familiar ou responsável.

05- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

5.1 Hospital de Origem:

- Médico solicita a transferência do paciente ao SRAS, através do preenchimento do **Formulário para Inclusão do Paciente na Regulação** disponível no NIR – Núcleo Interno de Regulação;
- O Médico comunica a solicitação de transferência do paciente ao Enfermeiro;
- O Enfermeiro solicita ao Assistente Administrativo o encaminhamento desse formulário ao NIR protocolado;
- Se final de semana, o Enfermeiro da unidade faz o encaminhamento desse formulário ao NIR protocolado;
- Se houver leito disponível no hospital de destino, a Equipe de Gestão de Leitos comunica ao Enfermeiro a disponibilidade desse leito;
- Se não houver leito disponível no hospital de destino, a Equipe de Gestão de Leitos comunica ao Enfermeiro a indisponibilidade desse leito. O médico atualizará

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para transferência do paciente (Inter Hospitalar)				CÓDIGO POP 16.3		
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	02 e 03	

diariamente o quadro clínico do paciente, sendo encaminhado pelo Enfermeiro ao NIR até disponibilidade da vaga ou desistência da regulação pela Equipe Médica;

- Ao Enfermeiro do hospital de origem cabe informar ao Serviço Social e ao responsável do paciente sobre a autorização da transferência;
- O Serviço Social providenciará o transporte para a transferência Inter hospitalar;
- O Médico, o Enfermeiro e/ou o Técnico de Enfermagem (dependendo do quadro clínico do paciente), responsável pelo paciente, encaminham o mesmo ao hospital de destino, munido da autorização da transferência emitida pelo NIR;
- O Enfermeiro informa o “Tipo Alta” (**Transferência para outro hospital**), a “Data e Hora Alta” e “Data e Hora Saída” no sistema AGHU.

5.2 Documentos Necessários para a transferência Inter Hospitalar:



- Autorização da transferência com o número da SENHA, emitida pelo NIR;
- Orientações (impressas ou por escrito) das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e outros;
- Exames de Imagem e cópias dos exames laboratoriais.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



MOTTA, A. L. C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1ª edição. Iátria Editora, 2005.

AGHU. Sistema de Aplicativos para gestão Hospitalar. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, 2010.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para transferência do paciente (Inter Hospitalar)				CÓDIGO POP 16.3	
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03

EBSERH. **Modelo de Regulação Assistencial.** Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSERH/Hospitais Universitários Federais. 1ª edição. Serviço de Regulação Assistencial, 2015. 69 p.

ELABORADO POR: Giselle Karine Muniz de Melo
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Adriana Soares de Lima Leandro
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Alta Hospitalar				CÓDIGO POP 16.4		
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS						
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 03	

01- DEFINIÇÃO: A alta é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do estado do paciente ou óbito. Outros motivos podem gerar a alta hospitalar, como a alta a pedido pelo paciente ou responsável, necessidade de transferência para um hospital especializado e recusa do paciente ou responsável em acatar o tratamento indicado.

02- OBJETIVO: Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Equipe Multiprofissional (Médicos, Enfermeiros, Auxiliar Administrativo, Assistentes Sociais, Profissionais do SRAS e da Higienização).

04- MATERIAL NECESSÁRIO/REGISTRO DO PROCESSO DE ALTA:

- Sistema Informatizado – AGHU;
- Prontuário do paciente e documentação referente à alta (resumo de alta, receituário, programação do retorno no ambulatório e atestado quando necessário);
- Presença de um familiar ou responsável.


05- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

05.1 Programação da Alta Hospitalar (24 horas de antecedência):

- Médico faz a programação de alta dos pacientes para o dia seguinte, informando para o Enfermeiro essas previsões de alta;
- O Médico e o Enfermeiro fazem o levantamento de necessidade do paciente e encaminha as demandas para a equipe de enfermagem e o Serviço Social;
- O Serviço Social faz contato com a família e agenda e verifica a necessidade ou não de transporte.

05.2 Alta Efetiva (no dia da alta hospitalar):

- O Médico comunica a alta do paciente ao Enfermeiro;
- O Médico registra a alta no sistema AGHU (alta prescrita), imprime e assina;



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Alta Hospitalar				CÓDIGO POP 16.4		
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS						
Data de Emissão 29/02/2015	Data de Aprovação 29/02/2015	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 de 03	

- O Enfermeiro verifica se o Serviço Social contatou familiar;
- O Serviço Social, conforme a necessidade do paciente, faz os encaminhamentos necessários para a alta do paciente (transporte, vagas institucionais, etc);
- O Técnico de Enfermagem, responsável pelo leito, entrega o cartão de alta ao paciente ou responsável, monitora a liberação do leito e retira equipamentos e utensílios utilizados pelo paciente, informando a hora da saída ao Enfermeiro;
- O Enfermeiro informa a “Data e Hora Alta” e “Data e Hora Saída” no sistema AGHU;
- O Enfermeiro informa a liberação do leito à equipe de higienização;
- Após higienização do leito, a encarregada irá comunicar ao Enfermeiro, onde o mesmo irá alterar a situação do leito no sistema: **LIMPO** → **DESOCUPADO** (ou **BLOQUEIO ADMINISTRATIVO** - leito que, habitualmente, é utilizado para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não pode ser utilizado por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal);
- O Técnico de Enfermagem, responsável pelo leito, prepara o leito para nova internação;
- O SRAS dá destino ao leito, através da Equipe de Gestão de Leitos. No final de semana e feriados, o enfermeiro responsável pelo plantão definirá a ocupação dos seus leitos, priorizando o Bloco Cirúrgico, a UTI, a Sala Amarela, a Sala Vermelha e as Salas Verde e Azul.

05.3 Documentos Necessários para a Alta Hospitalar:

- Documentação referente à alta médica, com o detalhamento da situação clínica, medicações, orientações referentes aos cuidados necessários em caso de urgência e a contra referência para a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência;
- Orientações (impressas ou por escrito) das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e outros;
- Registro das orientações referentes à continuidade do cuidado ao paciente e/ou familiares no prontuário;

- Cópias dos exames.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento Administrativo para Alta Hospitalar				CÓDIGO POP 16.4	
ÁREA EMITENTE: Setor de Regulação Assistencial - SRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2015	29/02/2015	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 de 03

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MOTTA, A. L. C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1ª edição. Iátria Editora, 2005.

AGHU. Sistema de Aplicativos para gestão Hospitalar. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, 2010.



EBSERH. **Modelo de Regulação Assistencial**. Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSERH/Hospitais Universitários Federais. 1ª edição. Serviço de Regulação Assistencial, 2015. 69 p.

ELABORADO POR: Giselle Karine Muniz de Melo
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Adriana Soares de Lima Leandro
NOME / ASSINATURA

DE ACORDO:

Haroldo César de Farias Pereira



NOME / ASSINATURA

		<p align="center">Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>				
<p align="center">Procedimento administrativo para o óbito</p>				<p align="center">CÓDIGO POP – 16.5</p>		
<p align="center">ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem</p>						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	01 de 05	

01- DEFINIÇÃO:

- **Óbito** - Consiste na constatação médica da morte do cliente. Significa a cessação da vida, com interrupção irreversível das funções vitais do organismo. **OBS: Todo óbito gera AIH.**
- **Declaração de Óbito** - Documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como documento hábil para fins do Art 77 da Lei nº 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil (Art. 10 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009). O instrumento padronizado é impresso com sequência numérica única, em conjuntos de três vias auto-copiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS. O controle da numeração bem como a emissão e distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, pela sua Secretaria de Vigilância em Saúde (Art. 12 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009). As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos formulários diretamente ou por meio de suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que controlam a distribuição e utilização do documento padrão em sua esfera de gerenciamento do sistema (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009). As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento e pelo controle da utilização dos formulários entregues às unidades notificadoras que são responsáveis solidários pela série numérica recebida (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009). Unidades notificadoras que recebem os formulários das Secretarias Municipais de Saúde: Estabelecimento e Serviço de Saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar; Instituto Médico Legal; Serviço de Verificação de Óbito; Médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde; Cartório de Registro Civil somente em localidades onde não exista médico. É vedada a distribuição da Declaração de Óbito para a empresa funerária.

- **Cuidados com o corpo após a Morte** – São os cuidados dispensados ao corpo após a constatação médica do óbito. Observar POP 4.10.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para o óbito				CÓDIGO POP – 16.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	02 de 05	

02- OBJETIVO:

- **Óbito** – Realizar os encaminhamentos necessários no caso de óbito.
- **Declaração de Óbito** - Ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009; Atender ao artigo 77 da Lei Nº. 6.216, de 30 de junho de 1975, que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante da Declaração de Óbito.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Médicos, Enfermeiros, técnicos de enfermagem, Auxiliares Administrativos, Assistentes Sociais e Psicólogos. Setores: Núcleo de Epidemiologia, Banco de Olhos, Regulação, Serviço Social

04- MATERIAL NECESSÁRIO:

- **Óbito** – Prontuário, Impressos de registros de procedimentos (Guia de Remoção de Cadáver e/ou Declaração de Óbito que devem ser solicitadas e devolvidas devidamente preenchidas, nos seguintes setores: 07:00 às 19:00hs Banco de Olhos e 19:00 às 07:00 hs Regulação, diariamente) Obs: assinar protocolo e livro ata de registro do setor (Instrumentos necessários para controle e busca ativa de óbitos).



05- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO:

5.1 Óbito

- O óbito deve ser constatado pelo médico do plantão, que deve preencher a Declaração de Óbito e avisar a família. O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo

preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento.

- De acordo com legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM) a emissão da DO é um ato médico, portanto, ocorrido um óbito, o médico tem a obrigação legal de constatá-lo e atestar, utilizando o formulário padrão para tal fim.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para o óbito				CÓDIGO POP – 16.5		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão 26/02/2016	Data de Aprovação 26/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 12/2017	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 de 05	

- No caso de óbitos por causas externas (Acidentes e Violências: incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação) deve ser preenchida a Guia de Remoção de Cadáver pelo médico do plantão e o corpo ser encaminhado para o IML local.
- A equipe de enfermagem deve anotar no prontuário a hora da parada cardiorrespiratória, as manobras de reanimação (se realizadas) e os medicamentos utilizados (se houveram), a hora e causa da morte e nome do médico que constatou.
- No caso de óbito que tenha como causa ou suspeita alguma Doença de Notificação Compulsória comunicar ao laboratório do HU que reserve material, dos quais já tenha realizado exames, para posteriores investigações.



5.2 Declaração de Óbito

- O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento. As informações consignadas no documento são utilizadas na produção das estatísticas de mortalidade e concorrem para a identificação do processo mórbido, conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença. É importante que o responsável pelo preenchimento o faça com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes. O médico atestante deve se abster de utilizar diagnósticos vagos como “parada cardíaca”, “parada cardiorrespiratória”, “falência de múltiplos órgãos”, etc, que são modos e não causas de morte, não devendo ser computados como causa básica do óbito.

- **Obs:** No caso de peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputado, o médico elaborará um relatório em papel timbrado do Estabelecimento de Saúde (Guia de Sepultamento padrão do HU) descrevendo o procedimento realizado. Este documento será levado ao Cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

06- RECOMENDAÇÕES:

- É de responsabilidade do profissional médico o preenchimento de todos os campos da Declaração de óbito e Guia de remoção de cadáver;

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para o óbito				CÓDIGO POP – 16.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	04 de 05

- É de responsabilidade do Enfermeiro do setor solicitar e devolver aos setores de Banco de Olhos e Regulação as Declarações de óbitos e Guia de cadáver devidamente preenchidas;
- É de responsabilidade do profissional médico informar o óbito e a causa a família;
- O Serviço de Psicologia realiza o acolhimento da família após a informação do óbito;
- O Serviço Social realiza as orientações funerárias e acesso aos direitos sociais junto as famílias;
- Compete aos setores Sala Vermelha, Amarela e UTI sinalizar a OPO (Organização de Procura de Órgãos) os pacientes neurocríticos (Glasgow 3-sem reflexos) para possível protocolo de ME.

REFERÊNCIAS:

MOZACHI, Nelson. O Hospital: Manual do ambiente hospitalar. 2 ed. Curitiba :Os Autores, 2005.



MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA 116 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009, DISPONÍVEL EM

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html

Acessado dia 22 de fevereiro de 2016.



MINISTÉRIO DA SAÚDE , MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO 2011,DISPONÍVEL http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf
Acessado em 22 de fevereiro de 2016.

MURTA, Genilda. Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 6 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora,2010.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Procedimento administrativo para o óbito				CÓDIGO POP – 16.5	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
26/02/2016	26/02/2016	02/2016 a 12/2017	01/2018	1	05 de 05

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007; DISPONÍVEL http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf Acessado em 22 de fevereiro de 2016.

ELABORADO POR: Daniely da Silva Figueiredo
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Passagem de Plantão				CÓDIGO POP – 16.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 04

01- DEFINIÇÃO: É um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada. Este evento, constitui uma atividade fundamental para a organização do trabalho e a rotina do cuidar.

02- OBJETIVO:

- Transmitir as informações entre os profissionais que terminam e os que iniciam o período de trabalho.
- Abordar sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos que merecem atenção.
- Garantia de continuidade e veracidade do cuidado.

03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Enfermeiros e Técnicos em enfermagem.

04- MATERIAL NECESSÁRIO: Prontuários e Censo diário.



05- ETAPAS

- Realizar **três atividades** antes do início da passagem de plantão:
 - Realizar o Fechamento do plantão (troca de informações finais entre enfermeiros e técnicos do mesmo plantão);
 - Agrupar os prontuários;

- Reunir a equipe.



06- PROCEDIMENTO

- A passagem de plantão tem como meta o tempo máximo de 20 minutos (10 minutos antes do início do plantão e 10 minutos após, e não deve haver recebimento do plantão antes dos 10 minutos que antecedem o início do plantão);
- Técnicos e enfermeiros passam plantão separadamente (técnicos para técnicos e enfermeiros para enfermeiros);
- O prontuário do paciente deve ser utilizado na passagem de plantão, sendo instrumentos básicos: prescrição médica, folha de controles e plano assistencial;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Passagem de Plantão				CÓDIGO POP – 16.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 04	

- É requerida a definição de um profissional de enfermagem de referência para o atendimento no posto central das chamadas ocorridas em paralelo à passagem de plantão, com o intuito de reduzir as interrupções, porém, garantindo o atendimento das necessidades dos pacientes;
- **Ao passar o plantão, a equipe deve seguir um check-list com conteúdo específico a ser consultado no documento de comunicação intra-equipe (específico por setor).**
- Conteúdo do check-list:
 - **Curta/média permanência:** nome, diagnósticos, motivo de internação, exames realizados e pendentes, evolução clínica/cirúrgica e condutas (objetivos), contexto social se importante. Observação: nos pacientes com tempo de internação > 4 dias os itens diagnóstico e motivo de internação podem ser suprimidos. Reforçar apenas o ponto mais crítico.
 - **Crônicos:** nome, alterações clínicas e de conduta (objetivos), exames realizados e pendentes, contexto social se importante.
- **Profissional de referência para atendimento do posto de enfermagem:**
 - O profissional de referência para atendimento do posto central deve triar as solicitações que realmente devem ser transmitidas aos técnicos e enfermeiros, durante a passagem de plantão, das que podem aguardar seu término.

- **Podem esperar:** acompanhante solicitando resultados de exames, horário de visita médica, informação sobre doação de sangue, necessidade de atestado médico, informação sobre responsável pelo paciente no turno seguinte, solicitação de acompanhante que deseja ver o prontuário, etc.
- **Não podem esperar:** paciente com dor sem conduta em prontuário, sinais e sintomas alterados agudamente (mal-estar, hipertensão, hiperglicemia, hipoglicemia, febre, dispneia, etc.), necessidades fisiológicas, admissão de pacientes, terapia transfusional.
- **Equipe que receberá o plantão**
 - Distribuir os pacientes por técnico de enfermagem;
 - Trocar informações entre os profissionais enfermeiros e técnicos sobre cada paciente, revisão das prescrições de enfermagem e médica e de seu aprazamento.



		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Passagem de Plantão				CÓDIGO POP – 16.6		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 04	

07- RECOMENDAÇÕES:



- As trocas de equipe serão feitas as 13, 19 e às 07 horas, com tolerância de atraso de 15 minutos;
- O funcionário deixará o serviço quando o próximo plantonista chegar;
- Deverá ser verificado a integridade dos equipamentos permanentes e o estoque de medicações e materiais;
- A equipe de enfermagem deverá utilizar uniforme padronizado pela instituição, com sapatos fechados, cabelos presos, touca nos setores fechados e jaleco;
- Não deverão ser utilizados brincos grandes ou qualquer outro adereço e/ou acessório com cores chamativas e inadequadas ao ambiente de trabalho;
- O funcionário deve usar o crachá;
- As unhas devem ser mantidas curtas e limpas, asseio pessoal adequado sem presença de odores desagradáveis;
- Deve-se observar as recomendações da NR-32.

REFERÊNCIAS:

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa ALBERT EINSTEIN - Recomendações para a Passagem de Plantão entre turnos (Documento Institucional, desde 2010).

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Passagem de Plantão				CÓDIGO POP – 16.6	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
12/11/2015	12/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 04

ELABORADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Sâmia Letícia Ribeiro Lima
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	01 de 07

01- DEFINIÇÃO: São dados que irão subsidiar a equipe de enfermagem no estabelecimento do plano de cuidados e prescrição, sendo um suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem, além de respaldo para a equipe de Enfermagem referente ao processo do cuidado prestado.

02- OBJETIVOS:

- Identificar alterações do estado e das condições do paciente;
- Favorecer a detecção de novos problemas e a avaliação dos cuidados;
- Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados;
- Facilitar a comunicação entre os profissionais de Enfermagem através do prontuário.



03- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

04- INDICAÇÃO:

- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e as medidas adotadas;
- Resposta dos pacientes as ações realizadas.

05- MATERIAL NECESSÁRIO: Prontuário; Caneta azul ou preta (para turno diurno) e caneta vermelha (para o turno noturno).

06- PROCEDIMENTO:

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	02 de 07	



✓ **Durante a admissão devem ser anotados:**

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável (Clínicas e Sala Verde);
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas.

✓ **Pré-operatório:**



- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
- Tempo de jejum;
- Orientações prestadas;
- Esvaziamento de bexiga;

- Administração de pré-anestésico;
- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.
- Antecedentes alérgicos;
- Antecedentes Pessoas Patológicas (HAS, DM, etc);
- ✓ **Trans-operatório:**
- Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (posicionamento do paciente, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos – acesso venoso, sondas, etc.);
- Composição da equipe cirúrgica;
- Dados do horário de início e término da cirurgia;
- Tipo de curativo e local;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	03 de 07	

- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à SRPA (Recuperação Anestésica).
- ✓ **Pós-operatório:**
- Posicionamento no leito e instalação de equipamentos (monitores, grades no leito, etc)
- Sinais e sintomas observados (cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, etc.);
- Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional;
- Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional (sondas, acesso venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.
- ✓ **Transferência de unidade/setor:**
- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;

- Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições (maca, cadeira de rodas);
- Queixas.
- ✓ **Alta:**
 - Data e horário;
 - Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
 - Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
 - Orientações prestadas. Obs.: Importante o **registro real** do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.
- ✓ **Óbito:**
 - Assistência prestada durante a constatação;
 - Data e horário;
 - Identificação do médico que constatou;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	04 de 07	

- Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, etc.);
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- Entrega de DO aos familiares/ Entrega da Guia de Remoção ao setor responsável.
- ✓ **Dieta:**
 - Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda, ostomia ou via oral);
 - Aceitação da dieta (total ou parcial);
 - Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
 - Dieta zero (cirurgia ou exames);
 - Necessidade de auxílio ou não;
 - Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
 - Sinais e sintomas apresentados. Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme



prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, resíduo gástrico, etc.).

✓ **Diurese:**

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, via uropen, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

✓ **Evacuação:**

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);
- Queixas.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	05 de 07

✓ **Mudança de decúbito:**

- Posição (dorsal, ventral, lateral direita ou esquerda);
- Medidas de proteção (uso de coxins, etc.);
- Horário;
- Sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc.).

✓ **Higienização:**



- Tipo de banho (aspersão, imersão, etc);
- Data e horário;
- No leito, verificar a ocorrência de irritação de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas, realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras. Anotar os locais.

✓ **Cuidados com o couro cabeludo:**

- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Material utilizado para a higienização.

✓ **Higiene íntima:**

- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia;
- Material utilizado para a higienização.
- ✓ **Higiene oral:**
 - Presença de prótese total/parcial (caso seja necessário sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
 - Condições da higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
 - Sinais e sintomas observados (hiperemia, lesões, condição da arcada dentária, etc.);
 - Material utilizado para a higienização.
- ✓ **Curativo:**
 - Local da lesão;
 - Data e horário;
 - Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
 - Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
 - Material prescrito e utilizado (inclusive se utilizou curativo especial).

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7		
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	06 de 07	



- ✓ **Dreno:**
 - Local e tipo;
 - Aspecto e quantidade de líquido drenado;
 - Sinais e sintomas observados.
- ✓ **Acesso Venoso Periférico:**
 - Local da inserção;
 - Data e horário;
 - Dispositivo utilizado;
 - Motivos de troca ou retirada;
 - Sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências (transfixação, hematomas, extravasamento, hiperemia etc.).
- ✓ **Dor:**
 - Localização e características;
 - Intensidade (contínua ou intermitente);
 - Providências adotadas (comunicado à enfermeira, etc);

✓ **Intercorrências:**

- Descrição do fato;
- Sinais e sintomas observados;
- Condutas tomadas (comunicado à enfermeira, etc.).

✓ **Administração de medicamentos:**

- Somente checar os itens que forem administrados (checar com assinatura);
- Registrar o local onde o medicamento foi administrado;
- No caso de não ser administrado, deve-se apontar o motivo.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Registro e anotação de enfermagem				CÓDIGO POP – 16.7	
ÁREA EMITENTE: Divisão de Enfermagem					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
10/11/2015	10/11/2015	12/2015 a 12/2017	01/2018	1	07 de 07

REFERÊNCIAS:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SP. Anotações de Enfermagem, 2008

ELABORADO POR:

Vanicleide de Sá Nunes



NOME/ ASSINATURA**REVISADO POR:**

Enf^a Naara Carol Costa Alves, Sâmia Letícia Ribeiro Lima e Lucas Borges de Oliveira

NOME/ ASSINATURA**APROVADO POR:**

Vanicleide de Sá Nunes

NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Troca de Dispositivos Invasivos		CÓDIGO POP – 17.1			
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 de 05

01- OBJETIVO: Padronizar o tempo de troca dos principais dispositivos invasivos utilizados no HU-Univasf, com a finalidade de prevenir infecções hospitalares.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Enfermeiros e técnicos de enfermagem em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PARA TROCA DE DISPOSITIVOS INVASIVOS:

- Avaliar, frente às informações descritas no Quadro 1, se o dispositivo/artigo médico-hospitalar está no prazo indicado para substituição /troca;
- Realizar substituição/troca do dispositivo/artigo médico-hospitalar, conforme procedimento operacional específico;
- Identificar corretamente o dispositivo/artigo médico-hospitalar, com data, hora e anotar também em prontuário.

Quadro 1: Recomendações para Troca de Dispositivos e Artigos Médico Hospitalares

ITEM	MATERIAIS/DISPOSITIVOS	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÃO
------	------------------------	------------	------------

1	Cateter arterial central (cateter de artéria pulmonar – Swan Ganz)	5 dias	-
2	Catéter arterial periférico e dispositivos de monitoramento de Pressão Artéria Média (PAM)	Não há tempo pré-determinado	-
3	Cateter venoso central (tipo intracath)	Não há troca pré-programada – tempo máx de 30 dias)	Trocar se: 1) Secreção purulenta no local de Inserção; 2) Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; 3) Mau funcionamento.
4	Catéter de punção venosa periférica-Adulto	48 horas (scalp), 72 horas (catéter intravenoso) ou com presença de hiperemia.	Rever frequência de troca em pacientes com acesso venoso difícil. Trocar em caso de paciente proveniente de outros serviços
5	Catéter de hemodiálise	Não há troca pré-programada	Trocar se: 1) Secreção purulenta no local de inserção; 2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica; ou IPCS confirmada. 3) Mau funcionamento.
6	Curativo com cobertura de gaze	48 horas ou menos, se estiver sujo, solto ou úmido.	
7	Curativo com cobertura transparente semipermeável	7 dias ou menos, se estiver sujo, solto ou úmido.	
8	Equipo para sangue e hemoderivados	Troca a cada bolsa	
9	Equipo simples ou de BIC para infusão intermitente	24 horas	
10	Equipo de BIC para infusão	72 horas	

	contínua		
11	Equipo de PVC	24 horas	
12	Equipo de BIC para nutrição enteral (sistema fechado)	24 horas	
13	Equipo de BIC para nutrição parenteral	Troca a cada bolsa	
14	Equipo simples para alimentação enteral	24 horas	
15	Extensor	72 horas (Se coágulos, troca imediata)	Realizar a troca juntamente com o sistema de infusão
16	Torneirinhas (Dânuas)	72 horas	Realizar a troca juntamente com o sistema de infusão; Diariamente limpá-la externamente com álcool a 70% e a cada manuseio.
17	Circuito do Ventilador mecânico	Não existe período de troca pré-estabelecido.	Entre pacientes ou presença de sujidade ou mau funcionamento do equipamento
18	Tubo endotraqueal	Não há troca pré-programada	
19	Cânula de traqueostomia	Não há troca pré-programada	
20	Sonda de aspiração	A cada uso	
21	Filtros trocador de calor e umidade (HME)	72 horas	
22	Sistema fechado de aspiração	72 horas ou se houver sujidade ou mau funcionamento	
23	Cateter nasal para oxigênio	24 horas	
24	Kit aerosol (máscara, copinho, chicote)	24 horas	
25	Reanimador manual	Trocar se tiver sujidade visível ou exposto sem proteção	Uso individual
26	Macronebulizador ou	24 horas	

	umidificador de Oxigênio		
27	Tubo de silicone para aspiração	24 horas	
28	Tudo de silicone para oxigenoterapia	24 horas	
29	Frasco do Vacuômetro	24 horas	
30	Água destilada para oxigenoterapia	24 horas	
31	Sonda Vesical de Demora	Não há troca pré-programada, alguns fabricantes estipulam 30 dias. Trocar na presença de grumos e sujidades.	Trocar sempre sistema completo
32	Coletor de Diurese (sistema fechado)	Quando a sonda for trocada	Trocar sistema completo
33	Sonda Nasogástrica	Até 7 dias	Conforme especificações do fabricante
34	Sonda Nasoenteral	06 meses	Conforme especificações do fabricante
35	Almotolia com álcool, éter, clorexidina, sabão comum ou antisséptico	07 dias	Encaminhar para o CME
36	Acesso intraósseo	72 horas	Idealmente entre 6 e 12 horas após acesso venoso

REFERÊNCIAS:

CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.



R.,. Vigilância epidemiológica na prática diária – Editora.Cuatiara, Belo Horizonte, 1993.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Troca de Dispositivos Invasivos				CÓDIGO POP – 17.1	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05de 05

RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

STARLING, C.,E.,F.; PINHEIRO, S.,M.,C.; COUTO, ,M., B.,

ELABORADO POR: Lívia Dias – Enfermeira. CCIRAS/ HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Samuel Ricarte – Infectologista. CCIRAS/HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	01 e 07

01- OBJETIVO: O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente para outro paciente, de um paciente para um profissional da saúde e de um portador sã ou doente para outro.



02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe multiprofissional em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- DESCRIÇÃO DOS TIPOS DE PRECAUÇÕES:

03.1PRECAUÇÕES PADRÃO:

- As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente do seu estado presumível de infecção, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas. São recomendadas para aplicação em todas as situações e pacientes, independente da presença ou ausência de doença transmissível comprovada.
- **Higienização das mãos:** Deve ser realizada antes e após contato com paciente, e entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente. Também é recomendada lavagem de mãos após a retirada das luvas.
- **Luvas:** Recomenda-se uso de luvas, caso haja contato com sangue ou líquidos potencialmente infectantes.

- **Avental:** Recomenda-se uso de avental, caso haja possibilidade de contato da pele ou roupas do profissional com sangue ou líquidos potencialmente infectantes.
- **Máscara, óculos, protetor facial:** Recomenda-se uso de máscara e óculos ou protetor facial, caso haja possibilidade de respingos de sangue ou líquidos potencialmente infectantes atingirem a face do profissional de saúde.
- **Prevenção de acidentes com materiais perfuro-cortantes:** Deve haver educação quanto ao uso e descarte destes materiais. O reencape é proibido. As caixas de descarte

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 e 07	

devem ser dispostas em locais visíveis, de fácil acesso. O transporte destes materiais deve ser feito com cuidado, evitando-se acidentes.

- **Descontaminação de superfícies:** A descontaminação de superfícies deve ser feita caso haja presença de sangue ou líquidos potencialmente infectantes em superfícies.
- **Artigos e equipamentos:** Artigos utilizados devem ser submetidos à limpeza e desinfecção ou esterilização, antes de serem utilizados em outro paciente.

03.2 PRECAUÇÕES DE CONTATO:

- **Precauções para transmissão através de contato:** Os microorganismos podem ser transmitidos de uma pessoa a outra através do contato com a pele ou mucosa. Podemos classificar este modo de transmissão em duas categorias:
 - **Contato direto:** Ocorre quando um microorganismo é transmitido de um paciente a outro, através do contato direto da pele, sem que haja a participação de um veículo inanimado ou fômite como, por exemplo, herpes simples, Herpes zoster não disseminado em imunocompetente, feridas com secreção abundante não contida, diarreia infecciosa em paciente incontinente.
 - **Contato indireto:** Quando a transmissão ocorre pelo contato da pele e mucosas com superfícies ambientais e nos artigos e equipamentos de cuidados aos pacientes contaminados por microorganismos, como por exemplo, Enterococo resistente a vancomicina.
- Quando possível, pacientes com microorganismos altamente transmissíveis e/ou epidemiologicamente importantes devem ser colocados em quartos privativos com

banheiro e pia próprios. Quando um quarto privativo não estiver disponível, pacientes infectados devem ser alocados com companheiros de quarto infectados com o mesmo microorganismo e com possibilidade mínima de infecção.



Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros	

QUARTO	Privativo ou comum para o mesmo microorganismo.
LUVAS E AVENTAL	Deverão ser utilizadas ao contato com o paciente ou material infectante.
TRANSPORTE DO PACIENTE	Deverá ser evitado; quando necessário, o material infectante deverá estar contido com curativo, avental ou lençol, para evitar a contaminação de superfícies.
ARTIGOS E EQUIPAMENTOS	Deverão ser de uso exclusivo para cada paciente.

Divisão de Enfermagem					
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 03 e 07

- **Atenção: Pacientes com bactérias Multi-R (KPC/ERC/MRSA):**
 - **Profissionais de Saúde não correm risco adicional ao atender pacientes colonizadas ou infectados com KPC;**
 - Pacientes em precaução de contato devem ser orientados a manterem-se em seus leitos (deambulação limitada estritamente necessária em função de seu tratamento);
 - Os acompanhantes deverão ser orientados a utilizar capotes, lavar as mãos e evitar a deambulação pelos corredores;
 - Pacientes colonizados deverão ser aconselhados a manterem o mínimo de objetos pessoais e utensílios em sua internação, medida que visa facilitar a limpeza ambiental;

- Antes do transporte de pacientes, deverá ser comunicado aos profissionais sobre colonização/infecção dos pacientes que irão ser transportados para que medidas de precaução de contato adequadas sejam adotadas durante o transporte e pelos profissionais na assistência no setor de destino e, por fim, para que medidas de desinfecção e limpeza ambiental sejam executadas no equipamento utilizado e setor visitado pelo paciente; Exames de imagem em pacientes colonizados/infectados deverão ser realizados no final do dia;
- Utilizar álcool a 70% na desinfecção da maca, torpedos e demais insumos utilizados pelo paciente;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 e 07	

- **O atendimento/assistência prestada deverá obedecer a regra do menos para o mais contaminado;**
- Os profissionais do hospital deverão informar aos serviços de exames (fora do hospital) sobre a situação dos pacientes colonizados/infectados com KPC/ERC;
- **Durante todo atendimento prestado ao paciente colonizado/infectado, o profissional deverá usar luvas e capotes.** É recomendada a lavagem das mãos com solução de clorexidina a 2% antes e após a assistência de cada paciente colonizado/infectado. Os materiais utilizados na assistência ao paciente que não puderem ser individualizados, deverão ser desinfetados com álcool a 70%;
- Recomenda-se que não seja permitida a assistência de alunos de graduação aos pacientes colonizados/infectados sem treinamento específico da CCIRAS e sem supervisão direta de um preceptor;
- O tempo de internação de pacientes colonizados deverá ser o breve possível, tão logo estejam aptos à alta pela doença que originou a internação;
- Atualmente, não há recomendação que impossibilite a alta precoce do paciente em virtude da colonização com KPC. Ao contrário, tem sido fortemente orientada a alta precoce, em virtude da possibilidade de descolonização “espontânea” (natural) após a saída do hospital;



- Realizar a limpeza de superfícies de contato (maçaneta, leito, grade, equipamentos, mesas de cabeceira) dos quartos dos pacientes colonizados/infectados com álcool a 70% A CADA TURNO.

03.3PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA OU RESPIRATÓRIA:



- **Transmissão por gotículas:** Ocorre através do contato com o paciente, por gotículas eliminadas pela fala, tosse, espirros e realização de procedimentos como a aspiração de secreções. As gotículas de tamanho considerado grande ($>5\mu$), atingem até um metro de distância e rapidamente se depositam no chão. Exemplos: Doença meningocócica, Gripe, Coqueluche, Difteria, Caxumba e Rubéola.

Precauções Respiratórias para Gotículas

QUARTO	Privativo obrigatório ou comum para o mesmo microorganismo, mantendo a porta fechada.
MÁSCARA	É obrigatório o uso de máscara comum, durante o período de transmissibilidade de cada doença, e para todas as pessoas que entrarem no quarto.
TRANSPORTE DO PACIENTE	Deverá ser evitado; quando necessário, o paciente deverá sair do quarto de máscara comum.
ARTIGOS E EQUIPAMENTOS	Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes com os mesmo microorganismos.

	<p>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem</p>		
Precauções Padrão, Respiratório e Contato			CÓDIGO POP – 17.2
ÁREA EMITENTE: CCIRAS			
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018
		Versão 1	Pág. 05 e 07

- **Transmissão por aerossóis:** Ocorre por partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro ($<5\mu$) que quando ressecados permanecem suspensos no ar, podendo permanecer por horas, atingindo outros ambientes, inclusive áreas adjacentes, pois podem ser carregadas por correntes de ar. Como exemplos têm: M. tuberculosis, arampo, Varicela, Herpes Zoster, SARS.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 06 e 07	

CARACTERÍSTICA	GOTÍCULAS	AEROSSÓIS
Eficiência da máscara cirúrgica na redução da eliminação de partículas pelo paciente fonte	Sim	Sim
Eficiência da máscara cirúrgica para contactantes	Sim	Não

- **Isolamento protetor ou reverso:** Será instituído principalmente em pacientes imunodeprimidos e neutropênicos, a fim de garantir a proteção do paciente contra

Precauções Respiratórias para Aerossóis

QUARTO	Privativo obrigatório, com porta fechada; idealmente, o quarto deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e 6 trocas de ar por hora, com o uso de filtro HEPA
MÁSCARA	É obrigatório o uso de máscara tipo N95 (possui capacidade de filtrar partículas $< 3\mu$ m de diâmetro), por todo o profissional que prestar assistência ou realizar procedimento a pacientes com suspeita ou confirmação das doenças supracitadas. Deverá ser colocada antes de entrar no quarto e retirada somente após a saída do mesmo.
TRANSPORTE DO PACIENTE	Deverá ser evitado; quando necessário o paciente deverá sair do quarto utilizando máscara comum.
ARTIGOS E EQUIPAMENTOS	Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microorganismo.

infecções.

REFERÊNCIAS



CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Precauções Padrão, Respiratório e Contato				CÓDIGO POP – 17.2	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	07 e 07



RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

STARLING, C.,E.,F.; PINHEIRO, S.,M.,C.; COUTO, ,M., B.,R.,. Vigilância epidemiológica na prática diária – Editora.Cuatiana, Belo Horizonte, 1993.

ELABORADO POR:

Lívia Dias – Enfermeira. CCIRAS/ HU-UNIVASF

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Samuel Ricarte – Infectologista. CCIRAS/HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
	Prevenção de Infecção do Trato Respiratório	CÓDIGO POP – 17.3			
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 e 01

01- OBJETIVO: Prevenir as infecções do Trato Respiratório.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe multiprofissional em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- DESCRIÇÕES DE PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO TRATO RESPIRATÓRIO:



03.1 NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA OU INTERMITENTE

- O sistema de nebulização intermitente para administração de medicamentos é de uso exclusivo do paciente devendo ser sempre trocado a cada 6 horas ou em caso de sujidade visível;

- Utilizar somente fluido estéril nos reservatórios de umidificador e nebulizador;
- Trocar a água desprezando o volume residual, **nunca acrescentar volume**;
- Trocar o umidificador do sistema de nebulização a cada 24 horas;
- Máscara de nebulização contínua, venturi e prolongamento são de **uso exclusivo do paciente**, devendo ser trocado em caso de sujidade visível.

03.2 VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Não trocar os circuitos do respirador, exceto em caso de sujidade visível ou mau funcionamento;
- Drenar periodicamente o condensado do circuito utilizando o copo específico para drenagem, sempre utilizando **luvas de procedimentos e rigorosa higienização das mãos após finalizar a tarefa**;
- Complementar o reservatório do umidificador somente com água estéril conectando um equipo na abertura específica quando não estiver utilizando o filtro higroscópico;
- **Circuitos respiratórios sem uso de filtro higroscópico devem ser trocados a cada 15 (quinze) dias.**

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Respiratório				CÓDIGO POP – 17.3		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 e 04	



03.3 CUIDADOS COM CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA:

- A higienização da cânula deve ser realizada de 6/6h (ou em cada período) para evitar a formação de crostas de difícil remoção.
- **Materiais:** Luva estéril; Soro fisiológico ou água estéril; Campo estéril; Cuba estéril; Gaze estéril.
- **Procedimento:**
 - Higienizar as mãos;
 - Abrir o campo estéril na mesa ao lado da cama e colocar a cuba;
 - Calçar luva estéril;
 - Usar gaze para retirar a cânula (mandril) da traqueostomia;
 - Colocar a cânula na cuba e lavá-la com soro fisiológico ou água estéril, friccionando uma gaze para retirar as crostas;
 - Enxaguar bem a cânula;

- Secar a cânula com gaze ou compressa estéril;
- Reintroduzir o mandril na traqueostomia.
- Após higienização do mandril, realizar limpeza ao redor da traqueostomia friccionando com clorexidina degermante em gaze estéril, enxaguar com soro fisiológico e secar o local com gaze estéril.

03.4 CUIDADOS COM SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA

- **HIGIENIZAR AS MÃOS** antes e após qualquer contato com secreções, com materiais e equipamentos de assistência ventilatória ou realização de procedimentos nas vias respiratórias;
- Utilizar sempre luvas de procedimento para manipular o sistema de drenagem torácica;
- **CURATIVO:** o curativo no local da inserção do dreno deve ser feito diariamente ou sempre que estiver úmido e/ou sujo, **ANOTANDO A DATA DA TROCA SOBRE O MESMO**. Deve ser realizado utilizando soro fisiológico estéril, solução anti-séptica clorexidine 2%, gaze estéril e instrumentais necessários para realizar técnica asséptica;
- **FRASCO DE DRENAGEM:** não é necessária a troca do sistema de drenagem, exceto quando esteja obstruído. O sistema é de uso único, devendo ser descartado após a retirada. O volume de soro fisiológico mantido no frasco (selo d'água) deve ser trocado **DIARIAMENTE**, utilizando técnica asséptica.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Respiratório				CÓDIGO POP – 17.3	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 e 04

REFERÊNCIA

CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

STARLING, C.,E.,F.; PINHEIRO, S.,M.,C.; COUTO, ,M., B.,R.,. Vigilância epidemiológica na prática diária – Editora.Cuatiara, Belo Horizonte, 1993.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Respiratório				CÓDIGO POP – 17.3	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 e 04



ELABORADO POR:

Lívia Dias – Enfermeira. CCIRAS/ HU-UNIVASF

NOME / ASSINATURA**REVISADO POR:**

Samuel Ricarte – Infectologista. CCIRAS/HU-UNIVASF

NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Urinário			CÓDIGO POP – 17.4		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 e 03

01- OBJETIVO: Prevenir as infecções do Trato Urinário.

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe multiprofissional em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- DESCRIÇÕES DE PROCEDIMENTOS RELACIONADOS AO TRATO RESPIRATÓRIO:

03.1 CUIDADOS NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL



- A indicação de sondagem é restrita a casos onde não houver outra alternativa;
- O calibre do cateter deve ser ideal para o paciente, não proporcionando perda da diurese ou traumatismos;
- Utilizar técnicas assépticas rigorosa na passagem de SVD;
- Contraindica-se a irrigação vesical com soro fisiológico, exceto em casos de obstrução por coágulos em pós-operatórios imediatos (uso do cateter de 3 (três) vias).

03.2 CUIDADOS DIÁRIOS COM CATETERISMO VESICAL

- Os cuidados perineais incluem limpeza com água e sabão e anti-sepsia com clorexidine degermante a 2%/aquosa* perineal duas vezes ao dia e após evacuação;
- Manter a bolsa afastada do chão e nunca a elevar acima da bexiga devido ao refluxo;
- Puncionar o tubo de drenagem no local específico para coleta de urina;
- A bolsa coletora deve ser esvaziada a cada 6 horas ou quando atingir 2/3 do seu volume;
- Não trocar rotineiramente a SVD em data pré-determinada.

03.3 COLETA DE EXAME NA SUSPEITA DE INFECÇÃO

- Não desconectar o sistema fechado (sonda + coletor);
- Em caso de contaminação do sistema fechado, mudança do aspecto da urina, ou suspeita de infecção urinária trocar completamente o sistema (SVD e coletor) e coletar uma amostra de urina para exame parcial e urocultura 24h (vinte e quatro horas) após a troca da SVD (observar POP 10.5);

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Urinário				CÓDIGO POP – 17.4	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 e 03

- Toda urina coletada de sonda para exame de urocultura, ao ser enviada ao laboratório, deverá constar na requisição a data da última sondagem.

04- OBSERVAÇÕES: O hospital está em fase de aquisição da clorexidina aquosa, após a chegada do insumo ao hospital, a clorexidina aquosa deverá ser utilização na antissépsia da região genital e durante a manutenção da sondagem.

REFERÊNCIAS

CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.



RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção do Trato Urinário				CÓDIGO POP – 17.4	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 e 03

ELABORADO POR:

Lívia Dias – Enfermeira. CCIRAS/ HU-UNIVASF

NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Samuel Ricarte – Infectologista. CCIRAS/HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)				CÓDIGO POP – 17.5	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 01 e 05

01- OBJETIVO: Prevenir as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC).

02- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E ABRANGÊNCIA: Equipe multiprofissional em todos os setores que prestem assistência ao paciente.

03- CLASSIFICAÇÕES DAS CIRURGIAS POR POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA INCISÃO CIRÚRGICA:

03.1-CIRURGIAS LIMPAS: São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.**Exemplos:** Cirurgias cardíacas e torácicas, neurocirurgias, cirurgias vasculares, músculos, ossos e articulações; artroplastia de quadril, pele, tecido celular subcutâneo, baço, fígado e pâncreas; cirurgias do peritônio, próstata sem acesso uretral, ovários e trompas, mastectomia radical ou parcial, herniorrafia de todos os tipos.

03.2 CIRURGIAS POTENCIALMENTE CONTAMINADAS: São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no trans-operatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.**Exemplos:** cirurgia das vias biliares sem estase ou obtenção biliar mais colangiografia, cirurgia esofágica, gástrica (em pacientes hiperclorídricos), duodenal e íleo; feridas traumáticas limpas – ação cirúrgica até 10h (dez horas) após o traumatismo, cirurgias cardíacas prolongadas com circulação extracorpórea, cirurgias de ouvido externo, cirurgias de uretra, cirurgias de útero cujo acesso não seja a vagina, quebra menor da técnica asséptica.

03.3 CIRURGIAS CONTAMINADAS: São aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)				CÓDIGO POP – 17.5	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão 29/02/2016	Data de Aprovação 29/02/2016	Data de Vigência 02/2016 a 01/2018	Próxima Revisão 01/2018	Versão 1	Pág. 02 e 05

ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também são incluídas nesta categoria. **Exemplos:** apendicectomia sem supuração, cirurgia do reto, cólon e ânus, cirurgia de vulva, vagina e curetagem uterina; cirurgia de vias biliares em presença de biles contaminada (obstrução biliar), fratura exposta com menos de seis horas, debridamento de queimaduras, cirurgia com quebra de técnica grosseira, (ex: massagem cardíaca a céu aberto), cirurgia intra-nasal, cirurgias de orofaringe, oral e dental, cirurgia gástrica em pacientes hipoclorídricos (câncer, úlcera gástrica), feridas traumáticas após dez horas de ocorrido o traumatismo.

03.4 CIRURGIAS INFECTADAS: São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico. Incluem-se nesta categoria as feridas traumáticas abertas tardias – com mais de 06h (seis horas).

04- ORIENTAÇÕES GERAIS

- O período de hospitalização que antecede à cirurgia deve ser o mais curto possível;
- A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS antes e após manipular os pacientes deve ser rigorosa, para evitar a colonização com flora hospitalar antes da cirurgia;
- O banho pré-operatório deve ser completo com água e sabão, o uso de anti-sépticos no banho é recomendado em caso de implante de próteses;
- A tricotomia deve ser realizada somente quando estritamente necessária, num período inferior a duas horas antes do ato cirúrgico devendo, ser limitada às áreas que dificulte a visualização ou manipulação do campo operatório;
- O uso de dispositivos elétricos para tricotomia é recomendado por ser menos lesivo à pele.

05- CUIDADOS COM CURATIVOS:

- Os objetivos do curativo são: a proteção da ferida, prevenção da infecção em caso defechamento por intenção secundária ou uso de dreno e facilitação do processo de cicatrização;

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)				CÓDIGO POP – 17.5		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	03 e 05	

- HIGIENIZAR AS MÃOS antes e após a realização de cada curativo, mesmo que sejam mesmo paciente;
- Não tocar diretamente com as mãos a ferida, caso necessário a palpação utilizar luvas estéreis;
- Toda manipulação deve ser com técnica asséptica;
- Utilizar somente materiais estéreis: gaze, instrumentais e soluções;
- As trocas de curativo devem ser realizadas de acordo com o potencial de contaminação; obedecer ao princípio básico do local menos contaminado para o mais contaminado;
- Os curativos umedecidos pelo banho ou com excesso de secreções devem ser trocados quantas vezes forem necessárias, não ultrapassando 6h (seis horas);
- Utilizar avental, gorro, máscara e luvas quando manipular grandes lesões, queimados e eviscerações;
- Em feridas cirúrgicas fechadas, não secretantes, recomenda-se o uso de curativo apenas nas primeiras 24h (vinte e quatro horas) após a cirurgia, realizando posteriormente a limpeza com água e sabão durante o banho. **Não recomendamos o uso de PVPI ou outro anti-séptico nas feridas cirúrgicas limpas fechadas;**
- Em ferida cirúrgica com secreção serosa ou sanguinolenta é recomendado: limpeza com soro fisiológico estéril, repetindo-se quantas vezes for necessário; cobertura da incisão com curativo que pode ser feita com compressa de gaze estéril, curativo hidrocolóide associando ou não com Alginato de Cálcio e Ácido Graxo Essencial;
- Em feridas infectadas: Faz-se necessário limpeza meticulosa, utilizando solução fisiológica estéril; O uso de Clorexidina a 2% também podem ser utilizadas, lembrando que o processo de cicatrização pode ser retardado pelo seu uso. Os drenos devem ser protegidos com compressas de gaze estéril para reduzir a possibilidade de penetração de microrganismos.

06- VIGILÂNCIA DO SÍTIO CIRÚRGICO

- A inspeção do sítio cirúrgico deve ser realizada diariamente, observando sinais inflamatórios (dor, hiperemia e secreção), descrevendo em prontuário as alterações observadas e comunicando imediatamente a CCIRAS.

		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)				CÓDIGO POP – 17.5		
ÁREA EMITENTE: CCIRAS						
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.	
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	04 e 05	

07- TÉCNICA DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA DE FERIDA ABERTA (observar técnica em POP 10.8).**REFERÊNCIAS:**

CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

STARLING, C.,E.,F.; PINHEIRO, S.,M.,C.; COUTO, ,M., B.,R.,. Vigilância epidemiológica na prática diária – Editora.Cuatiara, Belo Horizonte, 1993.

	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros Divisão de Enfermagem				
Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)				CÓDIGO POP – 17.5	
ÁREA EMITENTE: CCIRAS					
Data de Emissão	Data de Aprovação	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão	Pág.
29/02/2016	29/02/2016	02/2016 a 01/2018	01/2018	1	05 e 05

ELABORADO POR: Lívia Dias – Enfermeira. CCIRAS/ HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
REVISADO POR: Samuel Ricarte – Infectologista. CCIRAS/HU-UNIVASF
NOME / ASSINATURA
APROVADO POR: Vanicleide de Sá Nunes
NOME / ASSINATURA
DE ACORDO: Haroldo César de Farias Pereira
NOME / ASSINATURA