



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ENFERMAGEM

2014

APRESENTAÇÃO

Atualmente estamos vivendo em um mercado extremamente competitivo as quais exigem qualidade e competência para que haja satisfação junto aos usuários, diante disso, o Procedimento Operacional Padrão (POP), é essencial para garantia da padronização de tarefas a ser realizadas com os pacientes. Estes garantem aos usuários uma assistência de enfermagem de qualidade, pois permite ao corpo de enfermagem sistematizar suas ações e seguir uma rotina padronizada, a ser realizada em todas as clínicas de internação e serviço.

O POP é a descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica-assistencial, com o intuito de garantir/atingir o resultado esperado por ocasião de sua realização, livre de variações indesejáveis. O Procedimento Operacional Padrão (POP), descreve cada passo crítico e seqüencial.

Um POP se diferencia de uma rotina convencional, pois deve apresentar uma estrutura mínima, composta por: definição, objetivo, material utilizado, procedimento técnico, recomendações, responsabilidade e referências.

Constitui um dos elementos do manual de gerenciamento de enfermagem, por conter normas e procedimentos técnicos e administrativos estabelecidos para a execução das ações de saúde, bem como outras informações significativas para o adequado, eficiente e eficaz desenvolvimento do trabalho.

Assim, o procedimento Operacional Padrão é uma ferramenta de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras, de forma dinâmica, passível de evolução que busca profundas transformações culturais na instituição, nos aspectos técnico e político-institucionais.

Em 2014, é lançado a segunda edição do *Manual de Procedimentos Operacionais (POP) de Enfermagem*, em que foi acrescentado outros procedimentos.

O trabalho foi elaborado por enfermeiras e organizado pela Gerência de enfermagem do Hospital Getúlio Vargas.

Francisca Cecília Viana Rocha
Mestre em Enfermagem – UFPI
Gerente de Enfermagem - HGV

AGRADECIMENTOS

Esse material não teria sido possível sem a colaboração valiosa de várias enfermeiras que se tornaram co-autores desse Manual.

Vale ressaltar o fundamental e indispensável apoio técnico e dedicação da Gerência de Enfermagem, que tornaram possível a elaboração desta segunda edição com abordagem técnica, mas também com muito fundamento prático e acréscimos de outros procedimentos necessários ao serviço.

Coordenação

Enfermeira Mestre Francisca Cecília Viana Rocha
Gerente de Enfermagem

Coordenação Técnica de Elaboração do Manual

Enfermeira Mestre Francisca Cecília Viana Rocha
Enfermeira Doutora Maria Zélia de Araújo Madeira
Enfermeira Mestre Nirvania do Vale Carvalho
Enfermeira Adriana de Andrade Bastos
Enfermeira Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes

Coordenação de Revisão Técnica

Enfermeira Mestre Francisca Cecília Viana Rocha
Enfermeira Doutora Maria Zélia de Araújo Madeira
Enfermeira Susane de Fátima Ferreira de Castro

Apoio:

Enfermeiras e Fisioterapeuta que elaboraram e revisaram os POP's

Adriana de Andrade Bastos
Ana Livia Ibiapina Leite(Nutricionista)
Celeste Maria do Nascimento Silva
Débora Castelo Branco Brito
Francisca Cecília Viana Rocha
Helena Cristina Batista Moreira Bezerra
Heronilda de Araújo Silva
Ivonizete Pires Ribeiro
José Dílson Marques Filho (Fisioterapeuta)
Lúcia de Fátima Carvalho Mesquita
Luiza Pereira da Silva
Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes
Maria de Jesus Soares Brandão Ribeiro
Maria Zélia de Araújo Madeira
Nirvania do Vale Carvalho
Silvia Maria Oliveira de Deus Vieira

“Tudo que um sonho precisa ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado”. Roberto Shinyashiki

SUMÁRIO

Procedimento para acolhimento e triagem do paciente na admissão	7
Procedimento para Contenção Química	8
Procedimento para Contenção Mecânica	9
Procedimento para passagem de plantão	10
Procedimento para checagem de medicação no prontuário	11
Procedimento para realização de admissão do paciente	12
Procedimento para administração de medicação via intravenosa	14
Procedimento para administração de medicação via intramuscular	15
Procedimento para administração de medicação via subcutânea	18
Procedimento para administração de medicação via oral	20
Procedimento para administração de medicação via ocular	22
Procedimento para administração de medicação via nasal	23
Procedimento para administração de medicação via retal	24
Procedimento para administração de hemoderivado	25
Procedimento para administração de insulina	27
Procedimento para administração de nutrição enteral (NE)	29
Procedimento para administração de nutrição parenteral total (NTP)	30
Procedimento para aerosolterapia	32
Procedimento para anotações de enfermagem	34
Procedimento para alta do paciente	36
Procedimento para aspiração das vias aéreas superiores	37
Procedimento para aspiração traqueal de pacientes entubados e traqueostomizados com sistema aberto	39
Procedimento para avaliação pupilar	41
Procedimento para realização de baciloscopia de escarro ou coleta de amostra de escarro para BK	42
Procedimento para banho no leito	43
Procedimento para cateterismo vesical de alívio	45
Procedimento para cateterismo vesical de demora (feminino)	47
Procedimento para cateterismo vesical de demora (masculino)	49
Procedimento para realização de curativo de ferida cirúrgica limpa	51
Procedimento para realização de curativo de ferida aberta	53
Procedimento para de curativo do Cateter Venoso Central-CVC	55
Procedimento para de curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC	57
Procedimento para de curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC com infecção	58
Procedimento para colocação de dispositivo urinário	60
Procedimento para realização de encaminhamento de paciente para o centro cirúrgico	62
Procedimento para realização Procedimento para Gavagem	63
Procedimento para realização Glicemia Capilar Periférica	65
Procedimento para realização Higiene Oral	66
Procedimento para realização Higienização das mãos	68
Procedimento para realização Lavagem intestinal	72
Procedimento para realização Lavagem vesical	74

Procedimento para realização Monitorização cardíaca	76
Procedimento para realização Monitorização da Saturação de oxigênio	77
Procedimento para realização Mudança de decúbito	78
Procedimento para realização Oxigenoterapia	80
Procedimento para realização de preparo do paciente no pré-operatório	82
Procedimento para realização de preparo do leito na Unidade de Terapia Intensiva	85
Procedimento para realização do preparo do corpo após a morte	86
Procedimento para realização de preparo da unidade (leito) do paciente	88
Procedimento para realização de preparo de paciente para realizar exame de angiografia	89
Procedimento para realização de preparo de paciente para cateterismo cardíaco	91
Procedimento para realização de preparo de paciente para cintilografia miocárdica	92
Procedimento para realização de preparo do material para Instalação de Cateter Venoso Central-CVC	94
Procedimento para realização de verificação de Pressão Venosa Central	95
Procedimento para realização de Reação de Mantoux ou prova tuberculínia ou PPD	97
Procedimento para realização de Eletrocardiograma	99
Procedimento para realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida	101
Procedimento para realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Avançado de Vida	102
Procedimento para realização de Sondagem Nasoentérica/Nasogástrica	104
Procedimento para realização de Soroterapia	107
Procedimento para realização de Transferência entre clínicas	109
Procedimento para realização de Verificação de Sinais Vitais	111
Procedimento para realização de verificação de Medidas Antropométricas	114

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: AOP – Avaliação dos Pacientes	Responsável pela elaboração: Grupo Facilitador AOP	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 1ª Versão: 03.09.2014
			Versão número: 1ª
Título: Procedimento para acolhimento e triagem do paciente na admissão	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.172	Data da Atualização: 03.09.2016

Objetivos:

- Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento.

Etapas do Processo:

- Receber o paciente na sala de acolhimento para triagem;
- Conferir identificação do paciente por meio da pulseira de identificação, verificando nome completo e data do nascimento; A identificação deve ser feita preferencialmente pelo enfermeiro do acolhimento e somente quando não estiver disponível para tal serviço a admissão assume tal função.
- Realizar aferição dos SSVV e das medidas antropométricas;
- Realizar a entrevista ao paciente para preenchimento do histórico de enfermagem;
- Realizar o diagnóstico de enfermagem;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Realizar o preenchimento do impresso para identificação do risco de queda;
- Pacientes com risco de queda entregar folder educativo e fazer as explicações necessárias;
- Comunicar a clínica de internação antes da chegada do paciente ao leito;
- Pacientes em cadeira de rodas, maca e proveniente do HUT devem ser encaminhados para enfermaria e a sua admissão será realizada na beira do leito pela equipe do Acolhimento e triagem, bem como a identificação para risco de queda.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

**Rotina/Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidados aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Grupo Facilitador COP	Responsável pela aprovação: Diretoria Técnica-Assistencial	Data da 1ª Versão: 02.05.2014
			Versão número: 1ª
Título: Procedimento para Contenção Química	Responsável pela revisão: Coordenadores Médicos e Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 01.3.061	Data da Atualização: 02.05.2016

Objetivos:

- Controlar a agitação psicomotora prevenindo danos físicos ao paciente e equipe multidisciplinar

Etapas do Processo:

- Observar criteriosamente a prescrição médica no prontuário;
- Preparar medicação;
- Comunicar aos familiares;
- Colocar o paciente em posição adequado;
- Imobilizar com auxílio das mãos;
- Administrar medicação pela via prescrita;
- Verificar os 09 certos (paciente, medicação, via de administração, dose, horário, documentação, ação, forma, resposta,)
- Checar a administração no prontuário do paciente;
- Associar, se necessário, contenção mecânica;
- Monitorizar continuamente a Saturação de O2
- Verificar sinais vitais e nível de consciência e registrar no prontuário;
- Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção química a cada 3h pelo médico;
- Comunicar as intercorrências a equipe de emergência (EME).

Responsáveis pelo Processo:

- ✓ Médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

Gerenciamento Visual: (OPTATIVO)

Referências: (OPTATIVO)

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem** : conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.

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

**Rotina/Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Grupo Facilitador COP	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 1ª Versão: 02.05.2014 Versão número: 1ª
Título: Procedimento para Contenção Mecânica	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.062	Data da Atualização: 02.05.2016

Objetivos:

- Controlar a agitação psicomotora e prevenir danos a integridade física

Etapas do Processo:

- Observar criteriosamente a prescrição de contenção no prontuário;
- Preparar o material;
- Comunicar ao paciente e familiares;
- Colocar o paciente em posição adequada;
- Imobilizar com auxílio das mãos;
- Revestir algodão em crepom, deixando bem acolchoado;
- Comunicar alterações a equipe assistencial e registrar no prontuário;
- Monitorar perfusão periférica para sinais de cianose de extremidade ou outras lesões;
- Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção a cada 3h

Responsáveis pelo Processo:

- ✓ Médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

Gerenciamento Visual: (OPTATIVO)

Referências: (OPTATIVO)

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem** : conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: IPSG – Metas Internacionais de Segurança do Paciente	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 1ª
Título: Procedimento para passagem de plantão	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.310	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos que envolvem assistência direta e ou indireta ao paciente durante os turnos de trabalho.

Etapas do Processo:

- A comunicação deve ser verbal e por escrito. Tem um impresso próprio de passagem de plantão;
- Apresentar as condições gerais de saúde do paciente e suas alterações;
- Se houve realização de exames ou agendamento;
- Se o paciente está recebendo algum preparo para exame agendado ou cirurgias;
- Se o paciente esta sendo submetido a algum exame no momento;
- Presença de soros, drenos, curativos, sondas, nutrição parenteral, medicação de alta vigilância ou medicamentos com cuidados especiais;
- Se o paciente vai para a cirurgia;
- Se o paciente tem risco de quedas;
- Problemas relacionados com a equipe, equipamentos, materiais e ou pendências.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 1ª
Título: Procedimento para checagem de medicação no prontuário	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.309	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Garantir a administração correta da medicação e a segurança do paciente em seu tratamento.

Etapas do Processo:

- Utilizar caneta azul para checagem no horário diurno e caneta vermelha para o horário noturno;
- Após administração do medicamento ao paciente colocar as iniciais do seu nome no horário que foi administrado;
- Colocar o carimbo do profissional que administrou na prescrição com suas iniciais uma vez ao dia para identificação de quem administrou;
- Manter organizado os prontuários do setor.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER,P.A; PERRY,A.G.**Fundamentos de enfermagem** : conceitos,processos e prática.6 ed.Rio de Janeiro.Guanabara Koogan ,2010.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de admissão	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.311	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

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

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- 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;
- 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 o laboratório quanto aos exames de urgência;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento de administração de medicação via intravenoso	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.312	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculados por outras vias.
- Administrar medicamento ou droga quando se quer ação imediata.
- Administrar medicamento ou droga quando se deseja ação lenta e contínua do medicamento e controle rigoroso da dose e/ou volume infundido.
- Administrar nutrição parental, sangue ou derivados.
- Infundir grandes quantidades de líquido.
- Restaurar ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico.

Etapas do Processo:

Preparo e administração: utilize técnica asséptica rigorosa

- Lavar as mãos antes e após o preparo das medicações;
- Conferir a prescrição médica mais uma vez;
- Remova o plástico protetor da bolsa ou frasco de solução;
- Faça a inspeção do frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos, e data da validade da solução;
- Prepare a etiqueta de identificação conforme prescrição. Anote a data, a hora e o nome de quem preparou. Ao colocar a etiqueta de identificação no frasco, lembre-se que a pendurá-lo, este será invertido;
- Realize a desinfecção da ampola/frasco com álcool a 70%, abra a ampola ou frasco de medicamentos ou eletrólitos, aspire com seringa. Realize a desinfecção do injetor lateral, torneira ou frasco de soro com álcool a 70% e introduza a medicação aspirada no frasco da solução;
- Adapte o frasco ao equipo e instale no paciente, controlando o fluxo da infusão;
- Observe o paciente para sinais/sintomas de reações adversas ao medicamento ou solução;
- Cheque a medicação administrada no prontuário do paciente.

5. Recomendação

- Não administre medicações incompatíveis entre si, ou em soluções;
- Quando necessária administração simultânea de dois medicamentos injetáveis verifique se compatível. Caso contrário prepare cada um separadamente; Entre a administração do primeiro medicamento e do segundo, administre 10 a 20 ml de água destilada e somente em seguida administre o outro medicamento;
- Antes de administrar qualquer medicamento certifique-se que o mesmo se encontra em temperatura ambiente a fim de evitar hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração do medicamento observe qualquer mudança de coloração e a formação de precipitados ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure informação e notifique ao enfermeiro;
- Não realize a mistura de medicamentos na mesma seringa, a não ser se indicado na prescrição;
- Reconstitua e dilua o medicamento de preferência, imediatamente antes do uso.
- Caso necessite armazenar o medicamento após reconstituição e/ou diluição utilize etiqueta de identificação com as seguintes informações: nome do medicamento, responsável pela manipulação (nome do profissional e registro no COREN), data, hora e diluente);
- Antes de iniciar o preparo do medicamento leia atentamente a prescrição médica e confira o rótulo do

fármaco com os da prescrição. Em caso de dúvida consulte o enfermeiro;

- Verifique na prescrição o tipo de diluente recomendado e a via de administração;
- Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto de cada vez, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos;
- Não administre um medicamento previamente diluído sem ter certeza do prazo de validade e das informações referentes à sua diluição na etiqueta;
- Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;
- Sempre questione ordens ambíguas ou que julgue insegura para o paciente;
- Administre somente medicações que estejam prescritas pelo médico;
- Avalie o acesso venoso do paciente e o entendimento do paciente quanto à terapia prescrita (caso paciente orientado);
- Quando se está preparando uma solução e o paciente já está recebendo a mesma solução, o equipo só será trocado se o prazo de validade (48 horas) estiver vencendo ou se estiver sem identificação; Se um novo equipo for utilizado este deve ser rotulado com data, hora de instalação e nome do profissional que instalou.

❖ **OBSERVAÇÕES:**

Verificar diariamente se há presença de flebite.
Trocar diariamente o esparadrapo após o banho.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

NERI, E.D.R. *et al.* **Protocolos de prepare e administração de medicamentos:** pulsoterapia e hospital dia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Water Cantidio, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de medicação via intramuscular	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.313	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Proporcionar uma absorção mais rápida de medicamentos, devido a maior vascularização do músculo.
- Melhor administração de medicamentos irritantes e viscosos.

Etapas do Processo:

- Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Higienizar as mãos;
- Separar a medicação prescrita;
- Preparar o medicamento conforme técnica;
- Levar a medicação preparada na bandeja ou cuba rim para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;
- Orientar o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento;
- Checar condições do músculo escolhido, para volume maior ou igual a 3ml; solução com veículo oleoso ou se for observada hipotrofia do deltóide, o músculo indicado é o glúteo. Medicações antiinflamatórias aplica na região glútea;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar o ar da seringa e agulha antes da aplicação;
- Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Na região deltóide quatro dedos abaixo da região escapular e na região glútea no quadrante externo superior;
- Introduzir a agulha em ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar o líquido sem pressa;
- Retirar a seringa/agulha, comprimindo o local com algodão, observando presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
- Deixar a unidade organizada;
- Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas no caso de crianças);

- Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição médica.

5. Recomendações

- Para aplicar com a agulha ideal, deve-se levar em consideração: o grupo etário, a condição física do cliente, solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatas);
- Em crianças o músculo escolhido dependerá do peso da criança e do tipo de medicação, a saber;
- Para crianças menores de 3 anos a região indicada é a região vastolateral da coxa por ter maior massa muscular e possuir poucos nervos e vasos sanguíneos;
- Crianças maiores de 3 anos a região indicada é a região glútea;
- Adolescente é indicada a região deltoideana, exceto para os adolescentes com pequeno desenvolvimento muscular;
- Agulha de tamanhos apropriados:
 - Adultos: calibre 25 x 7, 25 x 8 e 30 x 7;
 - Crianças: calibre 25 x 7 e 13 x 4,5;
- Seringa de tamanho apropriado:
- ✓ Volumes:
 - Adultos: 03 ml;
 - Crianças, idosos e indivíduos magros: 1 a 2 ml;
- Posições de aplicação: o paciente deve estar em decúbito dorsal, lateral, prona ou sentado;
- Proteger o paciente com biombo S/N;
- Fazer rodízio dos locais de aplicação.

❖ ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO

Dorsoglútea:

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur;
- Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea:

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha íliaca ântero-superior direita;

- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;
- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura.
- Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de medicação via subcutâneo	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.314	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Promover absorção contínua e lenta de determinada medicação provocando o mínimo de traumatismo tecidual.
- Usada para administração de vacinas, anticoagulantes e hipoglicemiantes (insulina).

Etapas do Processo:

- Observar a prescrição médica: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente em posição adequada para aplicação;
- Proceder à anti-sepsia da área escolhida;
- Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir agulha, com ângulo de 90º (**com agulha 13x4, 5 puncionar a 90º**);
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento). Exceto na administração de heparina e clexane;
- Administrar medicação lentamente;
- Retirar agulha com um movimento rápido, fazendo ligeira pressão no local;
- Realizar rodízio de local de punção;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica.

5. Recomendações

- Na aplicação de heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar a medicação e para evitar absorção rápida da medicação, não se deve massagear o local após aplicação;
- No uso de Clexane e Tlexane não se deve retirar a bolha que vem dentro da seringa ao administrar a medicação;
- Na aplicação de insulina utilizar a técnica do revezamento, um sistema padronizado de rodízio dos locais de aplicação das injeções para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área da injeção;
- Sempre que possível envolver o paciente no processo de escolha do local de administração do medicamento.

Responsável pelo Processo:

✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

NERI, E.D.R. *et al.* **Protocolos de prepare e administração de medicamentos:** pulsoterapia e hospital dia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Water Cantidio, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo Gerenciamento e uso de medicamentos	JCI:MMU –	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
				Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de medicação oral		Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.315	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Obter efeitos locais no trato gastrointestinal.
- Produzir efeitos sistêmicos após a absorção na circulação sanguínea.

Etapas do Processo:

- Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, horário e data;
- Lavar as mãos;
- Identificar o copinho com o rótulo;
- Colocar o medicamento no copinho sem tocá-lo, usar seringa ou medidor para os líquidos;
- Diluir o medicamento com água quando necessário;
- Levar a bandeja até o paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água;
- Esperar o paciente deglutir o medicamento;
- Lavar as mãos;
- Checar após administração.

❖ **OBSERVAÇÕES:**

- Caso o paciente esteja impossibilitado colocar a medicação diretamente na sua boca;
- Verificar se o paciente engoliu o comprimido, nunca deixá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Agitar o frasco que contenha suspensões para homogeneizar a solução
- Todo medicamento deve ser checado após a administração;
- Esta via está contra-indicada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição.

Neste caso utilizar SNG, para veiculação da medicação;

- Apresentações em forma de pó devem ser preparadas antes de serem ingeridas. O pó não deve ser colocado diretamente na boca, atentar para identificação dos frascos com a data, após a diluição dos medicamentos;
- Verificar necessidade de refrigeração e prazo de validade depois de diluído, conforme a recomendação do fabricante;
- Os comprimidos, cápsulas e drágeas são geralmente deglutidas com auxílio de água. As drágeas não devem ser cortadas e nem as cápsulas serem abertas, salvo quando para veiculação via SNG. Os comprimidos podem ser triturados e diluídos quando os pacientes apresentarem dificuldade na deglutição;
- A medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou estejam em jejum para cirurgia;
- Os **medicamentos sublinguais** seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. As medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca. Essa via é utilizada para aplicar medicações em algumas urgências, como, por exemplo: medicações para precordialgia e para hipertensão.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de medicação via ocular	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.316	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Corrigir disfunções dos músculos do olho.
- Aplicar anestésicos, antibióticos, antiinflamatórios, antifúngicos ou lubrificantes.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
 - Verificar prescrição médica e checar o nome do paciente, nome do medicamento, dosagem e horário e em que qual globo ocular deve ser administrado;
 - Utilizar técnica asséptica rigorosa quando se instilam medicamentos;
 - Colocar o paciente sentado ou deitado, mas com o pescoço em ligeira hiper-extensão;
 - Antes de se iniciar a colocação das gotas ou pomada, devem limpar-se os olhos de qualquer secreção com a ajuda de uma compressa estéril, limpar sempre do canto interno para o externo;
 - Pedir ao paciente para olhar para cima (diminui o reflexo corneano) e colocar no saco conjuntival a medicação prescrita;
 - Nunca colocar o medicamento diretamente na córnea;
 - Orientar o paciente a fechar as pálpebras suavemente;
 - Aconselhar-se o paciente a girar o globo ocular com as pálpebras fechadas, pois o movimento vai distribuir o medicamento por toda a superfície.
 - Se tiver que ser aplicada uma pomada, esta deverá ser aplicada ao longo de toda a extensão do fundo do saco ocular depositando uma tira fina da mesma, do canto interno para o externo;
 - Após aplicação checar a medicação no prontuário.
- ❖ **OBS:** Nunca utilizar a medicação de um paciente para outro;

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de medicação via nasal	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.317	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Tratar infecções e para alívio da congestão nasal.

Etapas do Processo:

- Verificar prescrição médica e conferir horário de aplicação do medicamento, nome do paciente, dosagem e qual das narinas devem ser aplicado;
- Para administrar as gotas nasais deve-se determinar qual o seio nasal que está afetado, consultando o prontuário do paciente;
- Inspeccionar as condições do nariz e dos seios nasais, apalpando os seios nasais para verificar a sua sensibilidade;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente quanto à posição e às sensações que devem ser esperadas, como ardor ou sensação de picada da mucosa, ou ainda, sensação de choque quando o medicamento escorrer pela garganta;
- Instruir o paciente para assuar o nariz, a menos que seja contra-indicado (por exemplo: risco de aumento da pressão intracraniana ou sangramentos nasais);
- Administrar as gotas nasais;
- Instruir o doente a respirar pela boca;
- Segurar o conta-gotas a 1cm acima das narinas e instilar o número de gotas prescritas na direção do osso etmóide;
- Orientar a paciente a permanecer na mesma posição entre 4 a 5 min.
- Oferecer uma compressa para paciente colocar debaixo do nariz, mas avisá-lo para não assuar por alguns minutos;
- Ajudar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ter sido absorvido;
- Desprezar materiais usados em recipientes apropriados e lavar as mãos;
- Após aplicação checar medicação no prontuário do paciente.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de Enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
Título: Procedimento para administração de medicação via retal	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.318	Versão número: 2ª
			Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Administrar fármacos a pacientes incapazes ou que não querem engolir a medicação.
- Evitar a destruição ou desativação dos fármacos pelo pH ou atividade enzimática do estômago e dos intestinos.
- Evitar a irritação estomacal quando o fármaco apresenta esse efeito.
- Evitar a metabolização hepática quando o fármaco é muito rapidamente metabolizado no fígado.

Etapas do Processo:

- Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, horário e data;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente em posição de Sims para facilitar a aplicação;
- Lubrificar a cânula do aplicador com anestésico em gel;
- Introduzir a cânula do aplicador no reto;
- Aplicar o conteúdo conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Oferecer a comadre ou encaminhar o paciente ao banheiro;
- Checar a prescrição médica.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de hemoderivado	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Agência Transfusional	Número do Documento: 03.3.319	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Restaurar a normovolemia.
- Melhorar a capacidade de transporte de oxigênio.
- Corrigir a coagulopatia.
- Restaurar da hemostasia.

Etapas do Processo:

Antes da administração de hemocomponente

- Verificar o preenchimento correto da solicitação do hemocomponente;
- 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 identificá-lo corretamente;
- Certificar-se da história transfusional pregressa 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;
- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Verificar SSVV 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.
- 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 hemocomponente

- Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente. Caso estejam muito gelados, aguardar cerca de 20 minutos;
- Anotar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
- Colar a etiqueta 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 administração de hemocomponente

- Desconectar a bolsa do acesso venoso e levar para a agência transfusional;
- Acondicionar a bolsa em local apropriado até o descarte final;
- Verificar SSVV e anotar no prontuário;
- Observar atentamente o cliente nos 15 minutos após o término da transfusão;
- Realizar visita pós transfusional e observar reações adversas.

Responsável pelo Processo:

- ✓ O enfermeiro é o responsável direto por cumprir a rotina pré-instalação e todos os passos subsequentes.
- ✓ Técnico de enfermagem da Agência transfusional.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 57, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2010.

PORTARIA Nº 1.353 DE 13 DE JUNHO DE 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de insulina	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.320	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Normalizar dos níveis glicêmicos e todos os aspectos do metabolismo.
- Controlar níveis glicêmicos de pacientes no perioperatório com DM tipo I ou DM tipo II

Etapas do Processo:

- Ler a prescrição médica e verificar: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação (aplicação);
- Lavar as mãos;
- Preparar medicamento conforme técnica (aspirar o conteúdo da medicação do frasco e retirar todo o ar da seringa);
- Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente;
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Checar as condições da região escolhida;
- Fazer anti-sepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
- Fazer uma prega na pele, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90º (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido.
- Para o paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90º abaixo da dobra tissular;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa/agulha rapidamente, não massagear o local e não aspirar (fazer rodízio na próxima aplicação);
- Deixar o posto de enfermagem organizado;
- Checar o procedimento no prontuário e anotar no prontuário o local que foi administrado.

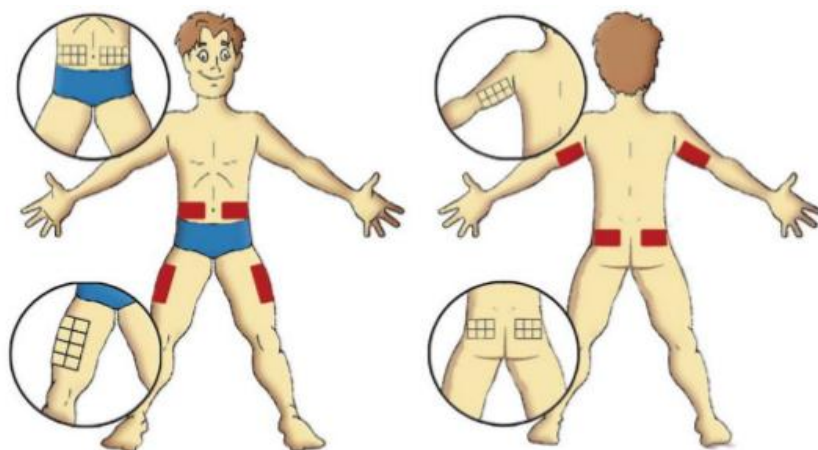
❖ **OBSERVAÇÕES:**

- Na aplicação de insulina, utilizar a **técnica de revezamento**, um sistema padronizado de rodízio de locais, para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área de injeção.
- **Os locais indicados são:** face posterior externa do braço, no espaço entre três dedos abaixo do ombro e três dedos acima do cotovelo: região lateral esquerda e direita do abdômen, região frontal e lateral superior da coxa e região lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega interglútea.
- Em cada aplicação é importante dar uma distância de aproximadamente 1 a 2 cm.
- O frasco de insulina deve ser conservado na geladeira (de preferência na gaveta da geladeira)

ATENÇÃO:

- **Ponto de decisão crítico:** Furar um vaso sanguíneo durante uma injeção subcutânea é muito raro, por isso a aspiração não é necessária.

LOCAIS PARA RODÍZIO DE APLICAÇÃO DE INSULINA



O bom desempenho do sistema de medicação deve refletir a articulação das ações da equipe multidisciplinar, bem como o compartilhar do conhecimento de cada ciência como todos os seus componentes, objetivando o restabelecimento da saúde do paciente com máxima segurança.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

KALINOWSKI, C. Elizabeth. **Programas de Atualização em Enfermagem**. Artmed editora Ciclo2 Módulo4. Porto Alegre, 2007.

MICELE Tânia. **Enfermagem Médica e Hospitalar**. Editora Rideel. 1ed- São Paulo, 2005.

POTTER Perry. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Elsevier Editora Ltda: Rio de Janeiro, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de nutrição enteral (NE)	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Nutrição	Número do Documento: 03.3.321	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Melhorar significativamente o estado geral do paciente.
- Reduzir complicações infecciosas, tempo de internação e custos relacionados ao tratamento.
- Usar em situações clínicas onde o tubo digestivo encontra-se íntegro, o paciente não deve alimentar-se pela boca.
- Usar em pacientes com anorexia prolongada, má nutrição protéico-calórica severa, trauma de cabeça e pescoço ou distúrbios neurológicos que impedem a alimentação oral satisfatória, estado de depressão, falência hepática e etc. em que o metabolismo esteja elevada.

Etapas do Processo:

- Explicar ao paciente e sua família durante sobre a indicação do procedimento;
- Explicar sobre o posicionamento correto da sonda e sua fixação e os riscos de seu deslocamento;
- Esclarecer ao paciente e sua família a necessidade de manter o paciente em decúbito elevado;
- Explicar ao paciente a importância de notificar a ocorrência de náuseas, vômitos, flatulência, aerofagia, dores abdominais, frequência e aspecto das evacuações;
- Consultar a prescrição médica e verificar o rótulo da dieta;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Preparar o paciente colocando-o semi-sentado com cabeceira elevada a 30°;
- Calçar luvas de procedimento;
- Confirmar o posicionamento da sonda;
- 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;
- Se houver obstrução da sonda, o procedimento recomendado para desobstrução é a lavagem da mesma com aproximadamente 20 ml de água sob pressão, ou com volume maior, utilizando uma seringa.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referências:

KNOBEL, E. **Terapia Venosa**: enfermagem. Editora Atheneu. São Paulo. 2006.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para administração de nutrição parenteral (NTP)	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Farmácia	Número do Documento: 03.3.322	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Suprir as necessidades de nutrientes devido a perdas significativas ou incapacidade de manutenção do peso corpóreo, devido a traumas e cirurgias.
- Manter os controles bioquímicos, clínicos e antropométricos permitem diminuir as complicações infecciosas, metabólicas ou de infusão.

Etapas do Processo:

Para instalação

- Auxiliar o médico na punção do acesso central;
- Realizar curativo no local de inserção do cateter após a punção;
- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica;
- Fazer programação da bomba de infusão para controle rigoroso do gotejamento;
- A cada 06 horas verificar o controle da bomba de infusão;
- A nutrição parenteral deve estar em temperatura ambiente antes de ser instalada
- Checar horário no prontuário;
- Registrar o início da infusão no prontuário (anotação de enfermagem).

Conservação e infusão

- Não adicionar outros elementos a infusão preparada;
- Conservar as soluções preparadas para uso não imediato, em refrigeradores específicos a 4°C, protegidas da luz e identificadas por composição, data e hora do preparo;
- Garantir que a solução de NP, em temperatura ambiente, seja infundida dentro de 24 horas, e quando refrigerada, a solução deve ser administrada no máximo até 48 horas após a manipulação;
- Retirar o frasco da solução preparada do refrigerador duas a três horas antes do horário previsto para instalação;
- Observar transparência e homogeneidade da solução e presença de corpos estranhos antes da instalação;
- A nutrição deve ser infundida por bomba de infusão, com equipo apropriado e na temperatura ambiente;
- Trocar equipo da infusão a cada 24 horas;
- Lavar as mãos antes e após manusear o cateter, o equipo e a solução;
- Interromper a administração de NP se o paciente apresentar choque pirogênico, retirar a NP e o equipo.

Com o acesso venoso

- Manter acesso venoso exclusivo para instalação da NP;
- Realizar Raio X de Tórax para confirmação do posicionamento do cateter venosos central após sua inserção;
- Realizar curativo do cateter venoso central com técnica asséptica diariamente.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.
- ✓ Enfermeiro é o responsável pelo curativo e instalação da NPT.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

KNOBEL, E. **Terapia Venosa**: enfermagem. Editora Atheneu. São Paulo. 2006.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para aerossolterapia	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço Farmácia	Número do Documento: 03.3.323	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos.
- Umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas.
- Fluidificar para facilitar a remoção das secreções viscosas e densas.
- Administrar mucolíticos - para obter a atenuação ou resolução de espasmos brônquicos.
Administrar corticosteróides - ação antiinflamatória e anti-exsudativa.
Administrar agentes anti-espumantes - nos casos de edema agudo de pulmão.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos antes do preparo;
- Preparar o material necessário de forma asséptica;
Anotar a frequência cardíaca antes e após o tratamento (se uso de broncodilatador);
Montar o aparelho regulando o fluxo de O2 ou ar comprimido com 4 a 5 litros por minuto;
- Colocar o paciente numa posição confortável, sentado ou semi - fowler (maior expansão diafragmática);
- Orientar o paciente que inspire lenta e profundamente pela boca;
Checar na papeleta e anotar o procedimento, reações do paciente e as características das secreções eliminadas;
- Orientar o paciente para manter os olhos fechados durante a nebulização se em uso de medicamentos;
- Orientar o paciente a lavar o rosto após a nebulização, S/N;
- Providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais usados (aparelho);
- Usar água destilada para diluição do medicamento;
- Checar o horário no prontuário.

Medicação

Berotec® - antiasmático e broncodilatador - age sobre os receptores B-2 adrenergéticos da musculatura brônquica promovendo efeito broncoespasmolítico rápido e de longa duração; tem como efeitos colaterais tremores dos dedos, inquietação, palpitação.

Fluimucil® - mucolítico - estimula a secreção de surfactante e transporte mucociliar; pode causar broncoconstricção; as ampolas quebradas só podem ser guardadas no refrigerador por um período de 24 horas.

Muscosolvan® - mucolítico e expectorante - corrige a produção de secreções traqueobrônquicas, reduz sua viscosidade e reativa a função mucociliar; pode causar broncoconstricção e transtornos gastrintestinais.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para anotações de enfermagem	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.324	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Identificar alterações do estado e das condições do paciente.
- Favorecer a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados.
- Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Etapas do Processo:

rante a admissão devem ser anotados:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas);
- Presença e acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas.

5. Recomendações

Nas anotações da dieta, devem ser priorizadas as seguintes informações:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);
- 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;
- Em caso de recusa deve-se indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.).

Para diurese devem-se anotar os seguintes aspectos:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características como coloração e odor apresentado;
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, por dispositivo urinário, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

Para evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);

- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Queixas.

Para administração de medicamentos devem ser anotados os seguintes itens:

- Somente checar os itens administrados;
- Caso medicamento injetável registrar o local administrado e não se esquecer de fazer referência ao lado esquerdo ou direito do corpo;
- No caso de não administrar medicamento deve-se apontar o motivo.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP. COREN. **Anotações de Enfermagem**. São Paulo, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: ACC – Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento de enfermagem para alta hospitalar	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.325	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.

Etapas do Processo:

- Entregar e explicar ao paciente/responsável o resumo de alto;
- Orientar sobre a dieta, retorno, complicações e uso de equipamentos temporários ou realização de curativos;
- Informar a alta ao Serviço de portaria, Serviço social e Serviço de nutrição.

Responsável pelo Processo:

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

MOTTA, A.L.C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1 ed. Iatria Editora, 2005.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para aspiração de vias aéreas	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Fisioterapia	Número do Documento: 03.3.326	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do cliente.
- Melhorar a respiração.
- Evitar a broncoaspiração.
- Proporcionar uma ventilação eficaz.

Etapas do Processo:

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Higienizar as mãos.
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Identificar-se
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o cliente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Ligar o aspirador;
- Colocar óculo protetor e máscara.
- Calçar asa luvas;
- Com a mão dominante, segurar a face do cliente;
- Pinçar o intermediário de silicone (borracha) de aspiração;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida;
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares;
- Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada) e retirar lentamente com movimentos circulares;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do cliente;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;
- Desligar o aspirador;
- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao alcance;
- Manter o ambiente limpo e em ordem;
- Desprezar o material utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição de enfermagem;
- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado;
- A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções;
- É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de enfermagem e Fisioterapeutas.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 26.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados com sistema aberto	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem e Coordenação do Serviço de Fisioterapia	Número do Documento: 03.3.327	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Manter as vias aéreas livres e permeáveis garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente.

Etapas do Processo:

- Higienização das mãos;
 - Providenciar todo material necessário ao procedimento (relacionado acima);
 - Explicar o procedimento e finalidade ao paciente;
 - Proteger os olhos do paciente de secreções;
 - Elevar decúbito de 30° a 40°;
 - Colocar máscara e óculo de proteção;
 - Testar o funcionamento do aspirador;
 - Aspirar em uma seringa de 2 a 5ml de água destilada;
 - Abrir a embalagem do cateter de aspiração, de forma a expor apenas a parte que será conectada à fonte de aspiração;
 - Calçar luva estéril;
 - 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 o ventilador ou a macronebulização;
 - Estimular o reflexo da tosse;
 - Introduzir o cateter de aspiração no tubo ou cânula traqueal, sem sucção até o ponto de resistência;
 - Retirar o cateter de aspiração com movimentos circulares suaves;
 - Manter o cateter por um tempo máximo de 15 segundos;
 - Instilar água destilada conforme característica da secreção;
 - Repetir a aspiração quantas vezes for necessário, sempre intercalando com a ventilação do paciente;
 - Desconectar o cateter da fonte de aspiração;
 - Lavar o sistema de aspiração com água destilada;
 - Desligar o aspirador com a mão menos contaminada;
 - Proteger a extremidade da fonte de sucção com o invólucro do cateter de aspiração;
- ❖ **OBSERVAÇÃO:** O frasco com a secreção aspirada deve ser desprezada a cada 6 horas ou quando necessário e o recipiente deve ser lavado com água e detergente enzimático;

5. Recomendações

- 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, e nunca de rotina);
- 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.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem e Fisioterapeuta.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. **III Consenso de Brasileiro de Ventilação Mecânica**. 2007- Vol.33- Supl.2S.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para avaliação pupilar	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.328	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Contribuir para o diagnóstico diferencial entre os quadros metabólicos (hipernatremia, uremia, etc.) e os originados por lesões estruturais do SNC.
- Detectar presença e a localização de doenças de tronco cerebral que levam ao coma.
- Identificar sofrimento do SNC aumento de Pressão Intracraniana (PIC), edemas cerebrais, isquemias, hematomas, hidrocefalias, etc.
- Favorecer intervenção imediata clínica e/ou cirúrgica que possam evitar seqüelas, danos indesejáveis e morte encefálica.

Etapas do Processo:

- Deve ser realizado independente do nível de consciência;
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Fechar os olhos do paciente por alguns segundos;
- Abrir os olhos e com a lanterna clínica incidir a luz diretamente sobre cada uma das pupilas por alguns segundos;
- Avaliar, classificar e registrar no prontuário.

Observação: Se anisocóricas, registrar a maior em relação à menor. Ex: pupilas anisocóricas, esquerda maior que a direita (E>D).

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, técnicos em enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

CINTRA, E, A: NISHIDE, V M: NUNES, W.A. In: **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2 ed. Atheneu, São Paulo, 2002.

PALVEQUEIRES, S: MARÇALA: GOMES, C, P, M: OTOBONI, J.R. **Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma e Emergências Cardiovasculares (MAST)**. 5 ed. EDA, Rio de Janeiro, 2002.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Baciloscopia de escarro ou coleta de amostra de escarro para BK	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.329	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Identificar os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar, para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão, reduzindo a transmissão da doença e controle do tratamento para TP.

Etapas do Processo:

- Identificar o copo coletor, com etiqueta ou pincel;
- Orientar o cliente a colher amostra satisfatória. Uma boa amostra é a que provém da árvore brônquica, após esforço de tosse;
- Encaminhar cliente a um local aberto ou sala bem arejada em condições adequadas de biossegurança;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima;
- Acondicionar amostra em caixa térmica ou isopor;
- Orientar cliente a lavar as mãos;
- Orientar cliente quanto a coleta da 2ª amostra no domicílio;
- Registrar no livro de Sintomático Respiratório.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro, Técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

Manual de Normas Técnicas de Tuberculose Para as Unidades Básicas de Saúde- Ministério da Saúde – 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de banho no leito	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.330	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Limpeza da pele.
- Redução do potencial de infecções.
- Estimular a circulação sanguínea, proporcionar atividade muscular e oportunizar observação da integridade da pele e estado do paciente.
- Proporcionar conforto físico e mental.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material necessário e levar ao leito do paciente, arrumando na mesa de banho;
- Avaliar a necessidade de higiene do couro cabeludo, se necessário proceder à lavagem conforme a técnica;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante, quando possível;
- Preservar a privacidade do paciente protegendo o leito com cortinas/biombo;
- Arrumar a roupa de cama, obedecendo à seqüência de utilização;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer higiene oral;
- Desprender a roupa de cama;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente, descer o lençol em leque até a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha;
- Fazer a higiene oral conforme técnica;
- Fazer a higiene ocular, utilizando as mechas de gazes, do canto interno para o externo;
- Iniciar a higiene do rosto, seguindo a seqüência face e pescoço, realizando sempre o enxágüe, enxugando cada área após a higiene;
- Fazer higiene dos braços, mãos e axilas, realizando sempre enxágüe, despejando com a jarra água na bacia;
- Observar as condições das unhas lave-as, se necessário, corte-as após o banho;
- Descobrir o tórax e o abdômen do paciente, ensaboando, enxaguando e enxugando;
- Observar a região infra-mamária nas pacientes do sexo feminino, secando bem a região;
- Posicionar-se aos pés do leito, e inicie a higiene dos MMII, lave as pernas com movimentos contínuos até os pés (observar espaços interdigitais);
- Desprezar a água da bacia e colocar água limpa da jarra;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, iniciar a higiene das costas e das nádegas do paciente, ensaboar, enxaguar e enxugar; realizar a massagem de conforto com hidratante;
- Colocar a roupa de cama limpa, colocar a toalha sob a região glútea;

- Retornar o paciente á posição dorsal, iniciando a higiene íntima conforme técnica, se o paciente não for capaz de fazê-la;
- Certificar-se que o paciente está completamente limpo e seco;
- Retirar as luvas;
- Elevar a cabeceira e deixá-la em posição confortável;
- Vestir o paciente deixando-o confortável;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registrar o procedimento no prontuário.

5. Recomendações

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

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnicos e auxiliares de enfermagem supervisionados pelo Enfermeiro.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

TIMBY, B.K. **Atendimento de enfermagem:** conceitos e habilidades fundamentais. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de cateterismo vesical de alívio	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.331	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Promover o esvaziamento vesical na retenção urinária.
- Verificar a presença de volume residual.
- Realizar coleta de amostra de urina para exames.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
 - Reunir o material;
 - Levar o material ao quarto do paciente;
 - Explicar ao paciente e familiar o procedimento;
 - Calçar luvas de procedimento;
 - Higienizar a região perineal com água e sabão (técnica de higiene íntima);
 - Desprezar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Abrir a bandeja e os pacotes de gaze estéril;
 - Calçar luvas estéreis;
 - Fazer a assepsia com solução de PVP-I tópico na região perineal;
 - Utilizar a sonda vesical de alívio na uretra do (a) paciente e colocar a ponta em um recipiente (papagaio ou comadre);
 - Aguardar a drenagem da diurese;
 - Retirar a sonda vesical de alívio após esvaziamento da bexiga;
 - Retirar as luvas e anotar o débito e as características da diurese no prontuário.
- ❖ **Sexo Feminino:**
- Flexionar e afastar os membros inferiores (MMII);
 - Afastar os pequenos e grandes lábios e colocar 03 gazes estéreis umedecidas com PVP-I com meato urinário;
 - Desprezar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Abrir um pacote de cateterismo vesical, colocando a ponta do campo em diagonal sob o paciente;
 - Abrir uma embalagem de cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;
 - Abrir o lacre do lubrificante estéril;
 - Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;
 - Higienizar as mãos;
 - Calçar as luvas estéreis;
 - Separar os pequenos e grandes lábios com o dedo indicador e polegar da mão não os mantendo afastados durante todo o procedimento;
 - Retirar, com o auxílio da pinça, as gazes umedecidas com PVP-I tópico;
 - Lubrificar o cateter vesical com gel anestésico;
 - Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente 10 cm;
 - Observar o retorno da urina;
 - Retirar e desprezar o cateter ao termino da drenagem;
 - Recolher o material;
 - Desprezar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto e intercorrências;

- Checar a realização do procedimento na prescrição médica.
- ❖ **Sexo Masculino:**
 - Afastar os MMII;
 - Expor a glândula e colocar gaze umedecida com PVP-I tópico em contato com meato urinário;
 - Desprezar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Abrir o pacote de cateterismo, colocando-o entre as pernas do paciente;
 - Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;
 - Abrir o lubrificante estéril;
 - Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;
 - Higienizar as mãos;
 - Calçar as luvas estéreis;
 - Lubrificar a sonda vesical de alívio com o lubrificante;
 - Segurar o pênis com a mão não dominante, perpendicular ao abdome;
 - Retirar a gaze que está em contato com o meato urinário utilizando a pinça Pean;
 - Introduzir no meato urinário o cateter vesical utilizando a mão dominante;
 - Observar o retorno da urina;
 - Retirar e desprezar o cateter ao término da drenagem;
 - Recolher o material;
 - Desprezar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto e intercorrências;
 - Checar a realização do procedimento na prescrição médica;
 - Registrar no prontuário.

5. Recomendação

- A higienização das mãos deverá ser realizada com água e sabão ou álcool. Quando o paciente referir alergia ao iodo, realizar a anti-sepsia com clorexidina 0,2% aquosa. No caso do paciente do sexo masculino, manter o prepúcio em posição anatômica, após cateter vesical, evitando-se edema na glândula.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.
- PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem.** 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Cateterismo vesical de demora (feminino)	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.333	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Obtenção de urina asséptica para exames.
- Esvaziar a bexiga em pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório.
- Monitorizar débito urinário e em pacientes inconscientes.
- Determinação da urina residual ou com bexiga neurogênica que não possuem um controle esfinteriano adequado.

Etapas do Processo:

- Organizar todo o material;
- Higienizar as mãos;
- Identifica RO paciente (conferir pulseira);
- Orientar o paciente consciente sobre o procedimento;
- Manter a privacidade do paciente;
- Posicionar paciente na posição ginecológica;
- Abrir o pacote de cateterismo e em seguida calçar as luvas estéreis;
- Realizar a antisepsia da região pubiana, grandes lábios e colocar campo fenestrado; entreabrindo os pequenos lábios e fazer antisepsia do meato uretral, sempre no sentido uretra- ânus, levando em consideração de que a mão em contato com esta região é contaminada e não deve voltar para o campo ou sonda;
- Introduzir a sonda lubrificada no meato urinário até a verificação da saída de urina. Se for sonda de Foley, insuflar o balão de segurança com água destilada, obedecendo ao volume identificado na sonda;
- Conectar a extensão, fixar a sonda;
- Retirar as luvas e reunir o material utilizado;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário - a anotação de enfermagem o procedimento, o calibre da sonda de foley utilizada, aspecto e quantidade da diurese.

1. Recomendações

- ❖ Como todo procedimento invasivo, deve-se observar algumas regras para a diminuição do risco de infecção do trato urinário, tais como:
 - Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical;
 - Fazer a limpeza completa 2 (duas) vezes ao dia ao redor do meato uretral;
 - Nunca desconectar o sistema de drenagem fechado;
 - Realizar troca da sonda na vigência de sinais inflamatórios, sangramento peri-uretral , contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referências:

- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.
- PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem**. 2. Ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Cateterismo vesical de demora (masculino)	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.334	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Obtenção de urina asséptica para exames.
- Esvaziar a bexiga em pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório.
- Monitorizar débito urinário e em pacientes inconscientes.
- Determinação da urina residual ou com bexiga neurogênica que não possuem um controle esfinteriano adequado.

Etapas do Processo:

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao cliente, reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
- Proporcionar privacidade ao cliente;
- Higienizar as mãos;
- Colocar máscara cirúrgica descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal;
- Realizar higiene íntima caso não tenha sido realizada previamente;
- Abrir o pacote do cateterismo vesical expondo o material estéril;
- Colocar a solução anti-séptica na cuba redonda;
- Abrir o pacote da sonda e colocá-la sobre o campo estéril;
- Colocar o anti-séptico na cuba rim;
- Calçar as luvas estéreis;
- Lubrificar a sonda vesical com xilocaína gel ou vaselina;
- Pegar uma gaze embebida em solução anti-séptica com pinça;
- Fazer anti-sepsia do meato uretral com PVPI;
- Fazer anti-sepsia da glândula tracionando o prepúcio para baixo com movimentos circulares, começando a partir do meato urinário;
- Fazer anti-sepsia do corpo do pênis, no sentido longitudinal, de cima para baixo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;
- Fazer a anti-sepsia da região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme;
- Desprezar a gaze;
- Colocar o campo fenestrado;
- Colocar a sonda vesical, uma seringa de 20ml e a agulha no campo estéril;
- Testar com a seringa com ar, o cuff da sonda vesical verificando se o balão está íntegro;
- Preparar o sistema fechado para diurese (bolsa coletora) conectando-a à sonda vesical;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel ou vaselina;
- Introduzir a sonda vesical;
- Encher o balão com 10 ml de água destilada;
- Retirar o campo fenestrado;
- Retirar as luvas;
- Posicionar o sistema fechado (bolsa coletora) na parte lateral da cama, abaixo do nível do paciente;
- Fixar a sonda com esparadrapo ou micropore na coxa do paciente;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

- Retirar as luvas e reunir o material utilizado;
 - Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
 - Higienizar as mãos;
2. Registrar no prontuário do paciente - anotação do paciente de enfermagem o procedimento realizado, calibre da sonda de foley, aspectos da diurese e intercorrências.

3. Recomendações

- ❖ Como todo procedimento invasivo, deve-se observar algumas regras para a diminuição do risco de infecção do trato urinário, tais como:
 - Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical;
 - Fazer a limpeza completa 2 (duas) vezes ao dia ao redor do meato uretral;
 - Nunca desconectar o sistema de drenagem fechado;
- Realizar troca da sonda na vigência de sinais inflamatórios, sangramento peri-uretral , contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 26.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.335	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Evitar a contaminação de feridas limpas.
- Facilitar a cicatrização.
- Reduzir a infecção nas lesões contaminadas.
- Absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções, promover a hemostasia com os curativos compressivos.
- Manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Comunicar o que vai ser realizado ao cliente;
- Calçar luva de procedimento;
- Retirar o curativo (anterior);
- Higienizar as mãos;
- Colocar máscara;
- Calçar luvas estéreis;
- Abrir o pacote de curativo. Manipulação do pacote de curativo com técnica asséptica, incluindo a utilização de luvas;
- Utilizar gaze SO com soro fisiológico a 0,9%;
- Aplicar a gaze umedecida na ferida em um único sentido, repetindo por três vezes;
- Secar ferida operatória quando utilizar soro fisiológico a 0,9%;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento mencionando, o aspecto da ferida, secreção e odor.

Recomendações

- A ferida somente será coberta com gaze e fixa com micropore® ou esparadrapo (ou atadura de crepom), **somente** a critério médico;
- Após suspensão do curativo, manter a ferida limpa e seca;
- Orientar o paciente a lavar o local com água corrente e sabonete neutro;
- Após o banho, secar o local com toalha limpa, e sem fazer fricção ou pressão;
- Utilizar roupas confortáveis evitando que haja pressão ou fricção sobre o local.

Responsável pelo Processo:

✓ Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

BRANDÃO, E. S; SANTOS, I. **Enfermagem em dermatologia**: cuidados técnicos, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas** - fundamentos e atualizações em enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Yendis, 2007.

GEOVANINI, T. OLIVEIRA, A. G. PALERMA, T. C. da S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 26.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Curativo de ferida aberta	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.336	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

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

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Comunicar ao cliente o que vai ser realizado;
- Colocar avental e máscara;
- Calçar luva de procedimento;
- Retirar o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze com soro fisiológico a 0,9 %;
- Retirar a luva de procedimento;
- Perfurar o frasco de soro fisiológico (utilizar conexão no frasco de soro) para aspirar por meio da seringa e agulha 40x12;
- Calçar luva estéril;
- Realizar a limpeza da lesão, utilizando o soro fisiológico a 0,9% em jato mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida ou utilizar a seringa com soro fisiológico com agulha 40x12;
- Realizar limpeza e remoção de secreções, tecidos desvitalizados e corpos estranhos do leito da ferida, evitando assim traumas mecânicos;
- Secar somente a pele ao redor da ferida com gaze estéril SO;
- Não secar o leito da ferida.

❖ **A SEGUIR**

- Aplicar curativo primário estéril com gel hidratante rico em Ácidos Graxos essenciais (AGE).
- Fixar com esparadrapo ou micropore®;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Observar as reações do cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento anotando o aspecto da ferida, secreção e odor.

5. Recomendações

- Aplicar curativo primário com coberturas (prescrita pelo médico), como por exemplo: Alginato, Hidrocolóide, ou outro;
- Em seguida aplicar curativo secundário para ocluir (gaze estéril/compressa);
- Realizar o procedimento em menor tempo possível, a fim de evitar a perda de calor, o que também interfere no processo de cicatrização;

--

Responsável pelo Processo:

✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

--

Referencias:

BRANDÃO, E. S; SANTOS, I. Enfermagem em dermatologia : cuidados técnicos, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. Feridas - fundamentos e atualizações em enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Yendis, 2007.

GEOVANINI, T. OLIVEIRA, A. G. PALERMA, T. C. da S. Manual de Curativos . São Paulo: Editora Corpus, 2007.
--

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem e Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto – Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 26.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Curativo do Cateter Venoso Central-CVC	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.337	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Normatizar a rotina de cuidados e curativos com os cateteres de inserção central nos pacientes;
- Prevenir infecções locais e sistêmicas, e complicações relacionadas ao cateter de inserção central.

Etapas do Processo:

Pré - Execução:

- Observar as intervenções de enfermagem;
- Reunir e preparar o material;
- Higienizar as mãos

Observação: Se a troca do curativo for realizada na ocasião do banho: retirar as luvas e substituí-las por outras limpas.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento (se nível de consciência permitir);
- Manter o rosto posicionado para o lado oposto ao do curativo;
- Colocar saco de lixo para resíduos infectantes em local próximo do leito;
- Colocar os materiais em local adequado, de forma a não cruzar o material contaminado com o material esterilizado;
- Colocar luvas de procedimento;
- Retirar curativo anterior;
- Supervisionar a presença de sinais de infecção (hiperemia, rubor e endurecimento da pele peri-cateter) e observar aspecto da inserção do cateter;
- Desprezar o curativo no saco de lixo;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes e o material necessário no campo;
- Use luvas estéreis na ausência do pacote de curativos
- Limpar a inserção do cateter com clorexidina alcóolica 2% e na ausência desta, usar álcool a 70%;
- Secar a inserção totalmente;
- Proteger a inserção com gazes e/ou curativo transparente, identificando a data da próxima troca conforme rotina da CCIH;
- Fixar o curativo com micropore;
- Se houver filme transparente na ocasião – fixar este junto a pele – realizar a troca do filme apenas em caso de sujidade visível ou infiltração ou decolamento do filme de curativo, sendo neste caso dispensável o uso de curativo com gazes;
- Recolher o material utilizado e depositar no lixo apropriado – saco branco leitoso para resíduos infectantes;
- Deixar o cliente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem necessárias, documentando as características do curativo.

Responsável pelo Processo:

✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Equipe de enfermagem

Referencias:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. **Protocolo Clínico: Prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a Cateter Venoso Central - ICVC**, Brasília, DF. 2012. Disponível em: http://www.segurancadopaciente.com/AreaRestrita/images/conteudo/Protocolo_CI%C3%ADnico_ICVC-PBSP-Agosto_2012.pdf. Acesso em: 10.abril.2014.

Center for Disease Control and Prevention. **Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event. Guideline and Procedures For Monitoring CLABSI.** June, 2011. Disponível em:http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC_CLABScurrent.pdf. Acesso em: 10.abril.2014.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.338	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Evitar a contaminação de feridas limpas.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
- Umedecer o curativo;
- Realizar a anti-sepsia do local de inserção do cateter;
- Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos com lâmina de bisturi;
- Retirar o cateter venoso central;
- Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia;
- Manter o curativo adesivo durante 24 horas após a retirada;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);

- Observar as reações do cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento anotando o aspecto no prontuário.

Recomendação

- Retirar o cateter estiver obstruído;
- De acordo com a prescrição médica.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeira (o)

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

BRANDÃO, E. S; SANTOS, I. **Enfermagem em dermatologia**: cuidados técnicos, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas** - fundamentos e atualizações em enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Yendis, 2007.

GEOVANINI, T. OLIVEIRA, A. G. PALERMA, T. C. da S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de retirada de Cateter Venoso Central-CVC com infecção	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.339	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Facilitar a cicatrização.
- Reduzir a infecção.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
- Umedecer o curativo com soro fisiológico para facilitar a retirada do mesmo;
- Realizar a anti-sepsia do local de inserção do cateter;
- Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos com a lâmina de bisturi;
- Retirar o cateter venoso central;
- Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia;
- Coletar a ponta do cateter com técnica asséptica. Retirar cerca de 5 cm com o auxílio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril;
- Encaminhar ao laboratório junto à solicitação médica;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Observar as reações do cliente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento anotando o aspecto no prontuário.

Obs.: A principal limitação da cultura da ponta do cateter é a necessidade da remoção do cateter para a realização do exame. Isto resulta frequentemente na remoção desnecessária de cateteres.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

BRANDÃO, E. S; SANTOS, I. **Enfermagem em dermatologia:** cuidados técnicos, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas** - fundamentos e atualizações em enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Yendis, 2007.

GEOVANINI, T. OLIVEIRA, A. G. PALERMA, T. C. da S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Colocação de dispositivo urinário	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.340	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Controlar o débito urinário e proteger região perineal do contato com urina em pacientes masculinos com incontinência urinária ou com nível de consciência alterado.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento para o paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Assegurar a privacidade do paciente com biombo ao redor do leito;
- Calçar luvas de procedimento;
- Cortar excesso de pêlos;
- Examinar o estado do pênis;
- Realizar higiene íntima masculina;
- 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);
- Deixar um espaço de 2 a 5 cm entre a ponta da glândula e a extremidade do dispositivo;
- Fixar com esparadrapo de forma circular, porém sem apertar muito o corpo do pênis.
- Adaptar o dispositivo ao intermediário;
- Observar a drenagem da urina no frasco coletor;
- Manter paciente confortável;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Manter a unidade do paciente em ordem;
- Checar prescrição de enfermagem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

Recomendação

- Trocar o dispositivo diariamente ou sempre que necessário;
- A cada troca observar a integridade cutânea do pênis;
- Em caso de fixação muito apertada (garroteamento do pênis) deve-se retirar o dispositivo e comunicar ao enfermeiro/médico do cliente.

Responsável pelo Processo:

✓ Enfermeira (o).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de encaminhamento de paciente para o centro cirúrgico	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.341	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, de forma a não causar dano no traslado.

Etapas do Processo:

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Comunicar ao paciente o seu encaminhamento, com segurança e tranquilidade;
- Organizar o prontuário, conferindo exames;
- Verificar prescrição médica e de enfermagem;
- Orientar ao paciente quanto a retirada de prótese e adornos;
- Conferir jejum, banho com sabão neutro, tricotomia e vestimentas;
- Orientar para vestimenta adequada para o centro cirúrgico;
- Orientar para o paciente realizar as eliminações fisiológicas antes de ser encaminhado ao CC;
- Verificar e registrar no prontuário os sinais vitais;
- Conferir termo de autorização ou responsabilidade quando necessário;
- Realizar registro de enfermagem, no prontuário;
- Encaminhar o paciente em cadeira de rodas ou maca de transporte (acompanhado pelo maqueiro);
- Higienizar as mãos.

Recomendações

- Organizar o prontuário, conferindo exames;
- Evitar atrasos durante percurso ao centro cirúrgico;
- Verificar se o paciente está sendo encaminhado sem próteses e/ou adornos;
- Em casos de alterações nos sinais vitais, quebra de jejum, falta de exames ou termos de autorização ou responsabilidade, comunicar ao centro cirúrgico ou ao cirurgião assistente.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem e o Servente (maqueiro).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R.F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri (SP): Manole, 2007.

PÓVOA, R. **Avaliação clínica pré-operatória: risco cirúrgico**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006.

SOBECC. **Práticas Recomendadas da SOBECC**. Centro Cirúrgico/ Recuperação Anestésica/ Central de Material e Esterilização. 5 ed. São Paulo: 2009.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Gavagem	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.342	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Promover a administração da alimentação, hidratação e medicação aos pacientes inconscientes ou impossibilitados de deglutir.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Colocar o paciente em posição de Fowler;
- Calçar luvas;
- Conectar o equipo de soro ao frasco da dieta;
- Retirar o ar do equipo;
- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Colocar o paciente em posição de Fowler para facilitar a introdução da dieta, caso não seja contra-indicado;
- Conferir o horário, rótulo e aspecto da dieta;
- Verificar temperatura da dieta, que deverá estar em temperatura ambiente;
- Colocar o frasco da dieta no suporte do soro;
- Certificar-se do posicionamento correto da sonda.
- Conectar a sonda nasoentérica/nasogástrica ao equipo do frasco da dieta;
- Abrir a pinça do equipo e controlar o gotejamento que deverá ser constante, lento (gota a gota);
- Observar a reação do paciente;
- Lavar a sonda injetando água para remover os resíduos com o uso da seringa, após o término da introdução da dieta / medicação;
- Fechar a sonda;
- Manter a cabeceira elevada por mais 30 minutos na posição de Fowler após a administração da dieta;
- Manter a unidade limpa e organizada;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;

Recomendações

- Seguir o horário prescrito para administrar a dieta;
- Avaliar aspecto, quantidade e características do Resíduo gástrico antes da administração da dieta;
- Observar presença de distribuição gástrica;
- Avaliar a presença de dispnéia ou taquipneia durante o procedimento;
- Não permitir gotejamento rápido.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro ou Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Glicemia capilar	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.343	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

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

Etapas do Processo:

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Selecionar o local da punção: polpas dos dedos (mãos e pés) ou lóbulos das orelhas, realizando sempre rodízio do local de punção;
- Realizar anti-sepsia com álcool a 70%.
- Pressionar e puncionar com agulha ou lanceta;
- Fazer com que a área reagente da fita-teste entre em contato com o sangue;
- Secar o local da punção, certificando-se da interrupção do sangramento;
- Aguardar o tempo de leitura da fita-teste;
- Registrar o resultado na folha de controle dos sinais vitais, no prontuário;
- Comunicar alterações dos valores a enfermeira ou médico.

Responsável pelo Processo:

- ✓ O procedimento de glicemia capilar periférica pode ser realizado por toda a equipe multiprofissional (técnico de enfermagem, enfermeira e médico).

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de higiene oral	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.344	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

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

Etapas do Processo:

- Preparar o material a ser utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada e com a cabeça lateralizada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a solução de clorexidina a 0,12% em dosador de 10 ml no copo descartável;
- Em paciente consciente, escovar com escova dentária e creme dental os dentes no sentido póstero-anterior na arcada inferior e em seguida superior; prosseguir com a escovação das bochechas, palato e língua;
- Aplicar a solução de clorexidina a 0,12% após 30 (trinta) minutos da escovação;
- Em pacientes inconscientes, usam-se os bastões (espátulas) com gazes embebidas em solução de clorexidina a 0,12%;
- Passar nos vestíbulos e bochechas no sentido póstero-anterior;
- Passar no palato;
- Aplicar nas superfícies vestibulares, linguais, e oclusais do dente;
- Aspirar à orofaringe durante o procedimento;
- Organizar o ambiente após o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente o procedimento e as alterações encontradas durante a realização do mesmo.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem sendo supervisionado pelo enfermeiro.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

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

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

TIMBY, B.K. **Atendimento de enfermagem:** conceitos e habilidades fundamentais. 6 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Facilitador IPSG	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 1ª Versão: 23.08.2013 Versão número: 1ª
Título: Procedimento para realização de higienização das mãos	Responsável pela revisão: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Coordenação de Gestão da Qualidade	Número do Documento: 01.3.014	Data da Atualização: 23.08.2016

Objetivos:

- Orientar a execução das técnicas e os momentos indicados para a higienização das mãos no Hospital Getúlio Vargas;
- Aumentar a adesão dos profissionais à higienização das mãos;
- Desenvolver a técnica correta de higienização das mãos;
- Mostrar a importância da ausência de adornos.

Etapas do Processo:

1 - Higienização simples das mãos:

É realizada com água e sabão tendo a finalidade de remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. Tem duração de 40 a 60 segundos.

- 1.1. Passo-a-passo da higienização simples das mãos (com água e sabão líquido e papel-toalha apropriados):
 2. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.
 3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
 4. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
 5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
 6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
 7. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
 8. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
 9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
 10. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
 11. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
 12. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

1.2. Indicação para higienização simples das mãos:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.
- Ao iniciar o turno de trabalho.
- Após ir ao banheiro.
- Antes e depois das refeições.
- Antes de preparo de alimentos.
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos.
- Antes de contato com o paciente (para exame físico, contato físico direto ou gestos de conforto)
- Após contato com o paciente

- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico
- Após risco de exposição a fluidos corporais
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente
- Antes do uso e após remoção de luvas
- Outros procedimentos, como manipulação de invólucros de material estéril.

2. Higienização anti-séptica das mãos:

É realizada para promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um anti-séptico. A técnica de higienização anti-séptica é igual àquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabão por um anti-séptico e dura entre 40 a 60 segundos.

2.1. Passo-a-passo da higienização anti-séptica das mãos:

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de produto anti-séptico (por exemplo, anti-séptico degermante) para cobrir todas as superfícies das mãos
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos do produto anti-séptico. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

2.2 Indicação para higienização anti-séptica das mãos:

- Nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.
- Nos casos de surtos, conforme orientação da CCIH.

3. Fricção anti-séptica das mãos:

É realizada para reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades) através da utilização de gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina. Pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. Tem duração de 20 a 30 segundos.

3.1 Passo-a-passo da fricção anti-séptica das mãos:

1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante)
2. Friccionar as palmas das mãos entre si.
3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
4. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.
5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa.
6. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.
8. Friccionar os punhos com movimentos circulares.
9. Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

3.2. Indicação para fricção anti-séptica das mãos:

1. Antes de contato com o paciente

Exemplos: exames físicos (determinação do pulso, da pressão arterial, da temperatura corporal); contato físico

direto (aplicação de massagem, realização de higiene corporal); e gestos de cortesia e conforto.

2. Após contato com o paciente

3. Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos

Exemplos: contato com membranas mucosas (administração de medicamentos pelas vias oftálmica e nasal); com pele não intacta (realização de curativos, aplicação de injeções); e com dispositivos invasivos (cateteres intravasculares e urinários, tubo endotraqueal).

4. Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico

Exemplo: inserção de cateteres vasculares periféricos.

5. Após risco de exposição a fluidos corporais

6. Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente

Exemplo: troca de fraldas e subsequente manipulação de cateter intravascular.

Ressalta-se que esta situação não deve ocorrer com frequência na rotina profissional.

Devem-se planejar os cuidados ao paciente iniciando a assistência na seqüência: sítio menos contaminado para o mais contaminado.

7. Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente

Exemplos: manipulação de respiradores, monitores cardíacos, troca de roupas de cama, ajuste da velocidade de infusão de solução endovenosa.

8. Antes e após remoção de luvas

9. Outros procedimentos

Exemplos: manipulação de invólucros de material estéril.

4. Anti-sepsia cirúrgica das mãos:

Para eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. Deve ser realizada com escovas de cerdas macias e descartáveis e de uso exclusivo em leito ungueal e subungueal.

Para este procedimento, recomenda-se a duração de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes.

4.1. Passo-a-passo da anti-sepsia cirúrgica das mãos:

1. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos. Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.
2. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.
3. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.
4. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira como cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.
1. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço, cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas

4.2 Indicação para anti-sepsia cirúrgica das mãos:

- No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica).
- Antes da realização de procedimentos invasivos.
Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Lavagem intestinal	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.345	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Facilitar o esvaziamento da ampola retal através da evacuação, aliviando a constipação intestinal e em alguns casos para o preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico, como exames contrastados, retossigmoidoscopia, colonoscopia e enema medicamentoso e preparar o intestino para cirurgias.

Etapas do Processo:

- Ler a prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
- Higienizar as mãos;
- Separar a medicação, na quantidade (volume) prescrita;
- Levar o material na bandeja até ao leito do paciente;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Informar ao paciente o procedimento que será realizado, assim como objetivo de tal procedimento;
- Cercar a cama com biombos, proteger o colchão com impermeável e lençol móvel, acomodar a comadre próxima ao paciente;
- Calçar a luva de procedimentos;
- Pendurar o irrigador à altura de 40 a 50 cm acima do reto, para enema alto e 30 cm para enema baixo. Quando se utiliza enema pré-embalado, deve-se apertar lentamente o recipiente até que toda solução tenha sido instilada;
- Retirar ar do intermediário e da sonda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna esquerda estendida e a direita fletida (posição de Sims);
- Lubrificar a ponta distal da sonda retal com vaselina gel ou xilocaína gel;
- Entreatar as nádegas com papel higiênico;
- Orientar o cliente para respirar fundo e introduzir a sonda cerca de 7 a 10 cm no adulto e 5 cm em crianças;
- Abrir a pinça e permitir que a solução flua conforme prescrição médica;
- Pinçar o intermediário ao término da infusão;
- Encorajar o cliente a reter o enema por 10 minutos;
- Caso ocorram cólicas antes de fluir a maior parte da solução, pince o equipo ou abaixe o recipiente. Peça ao paciente que respire fundo e quando as cólicas cessarem recomeça lentamente a administração;
- Após o término da infusão, retire a sonda;

- Proporcionar um fechamento mecânico, apertando suavemente as duas partes das nádegas de forma que a solução não retorne de imediato;
- Posicionar a comadre sob o paciente no decúbito dorsal;
- Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para o esvaziamento intestinal;
- Observar o resultado da lavagem;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Colocar novas luvas de procedimentos;
- Auxiliar na higiene íntima do paciente;
- Auxiliar o paciente a vestir-se;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Higienizar as mãos;
- Fazer registro do procedimento e do resultado do mesmo.

Recomendações

- Não forçar a introdução da sonda, caso haja resistência retire-a e verifique se a mesma não estava dobrada ou se há fecalomas no trajeto ou troque-a por um número menor;
- Caso o líquido não corra, faça pequenos movimentos com a sonda ou substitua na presença de obstrução;
- Deve-se evitar soluções frias, pois provocam espasmos violentos da musculatura intestinal.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro (a) e Técnico de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de lavagem vesical	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.346	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Manter a permeabilidade de cateteres urinários permanentes.
- Limpar o material acumulado (sangue, pus, secreção ou grumos) na sonda vesical de demora.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos e reunir o material;
- Levar o material até a unidade do paciente;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Fazer a desinfecção da ponta terminal da sonda e da ponta inicial do sistema coletor de diurese, com álcool a 70%;
- Abrir a bandeja para lavagem vesical;
- Colocar água destilada na cuba rim estéril;
- Calçar luva estéril;
- Aspirar a água destilada da cuba rim com a seringa urológica 60 ml e retirar o ar;
- Desconectar a sonda do sistema coletor com a ajuda de uma segunda pessoa, que ficará segurando o sistema com cuidado para não contaminar;
- Introduzir a seringa na sonda e injetar a água destilada;
- Aspirar o conteúdo injetado;
- Desprezar o conteúdo na outra cuba rim (não estéril);
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias até desobstruir a sonda;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Retirar as luvas;
- Colocar a unidade em ordem;
- Encaminhar o material utilizado para o expurgo;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente o resultado da lavagem.

Recomendações

- ✓ Comunicar o procedimento ao urologista ou médico plantonista.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro e Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de monitorização cardíaca	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.347	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência).
- Diagnosticar e documentar o tratamento dos pacientes graves.
- Detectar arritmias, isquemias e outras complicações cardíacas.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Identificar-se;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Ligar o motor;
- Verificar o número de conectores;
- Realizar a limpeza da pele para aplicação dos eletrodos;
- Colocar os eletrodos no local indicado: O eletrodo RA é colocado na fossa infraclavicular direita medial à borda do músculo deltóide; o LA na fossa infraclavicular esquerda, o eletrodo LL na fossa ilíaca esquerda e o RL pode ser colocado em qualquer lugar, mas era geralmente colocado na fossa ilíaca direita para a simetria, sendo que o quinto eletrodo pode ser colocado no peito em qualquer padrão, V1 é selecionada por causa de seu valor no monitoramento de arritmia. Para evitar o movimento excessivo nos fios de chumbo ligado à 04 pontos de gravação nos membros, foi padronizado esse deslocamento dos eletrodos;
- Conectar os eletrodos ao cabo de monitorização;
- Ligar os alarmes e ajustar os parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Higienizar as mãos.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de monitorização de saturação de oxigênio	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.348	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Ajuste da frequência inspiratória de oxigênio (FiO₂).
- Ajuste da PEEP.
- Auxílio no manejo do ventilador.
- Auxílio no processo de desmame.
- Detecção precoce de hipoxia por qualquer causa.

Etapas do Processo:

- Identificar-se;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Ligar o monitor;
- Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor;
- Remover esmalte das unhas dos dedos do paciente;
- Selecionar os limites do alarme da saturação de oxigênio (STO₂);
- Manter alarmes acionados e em limites adequados;
- Controlar o sinal do monitor, pela verificação da onda gerada ao monitor, da correlação entre frequência registrada e os batimentos de pulso do paciente;
- Manter vigilância da área na qual o sensor foi colocado;
- Realizar alternância do local do posicionamento do sensor no paciente a cada 03 horas;
- Interpretar os dados obtidos.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de mudança de decúbito	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.349	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- 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.

Etapas do Processo:

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

Recomendações

- Qualquer indivíduo na cama deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações 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;

- Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo devem ser usado para manter 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.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnicos e auxiliares de enfermagem supervisionados pelo enfermeiro.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referências:**

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Oxigenoterapia	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.350	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Administrar de oxigênio através de cateter nasal ou outro dispositivo.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Identificar paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada 30 a 45°);
- Preparar o umidificador com água destilada, enchendo com 2/3 de sua capacidade;
- Montar o sistema, adaptando o umidificador ao fluxômetro e o extensor intermediário ao umidificador;
- Adaptar o cateter nasal ao extensor intermediário sem retirá-lo totalmente da embalagem e testar o sistema para observar e corrigir escapes de oxigênio;
- Remover a oleosidade da pele com a gaze e álcool a 70%, no local de fixação do esparadrapo, facilitando a aderência;
- Medir a distância do cateter entre a asa do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- Colocar luva de procedimento;
- Limpar as narinas caso seja necessário;
- Lubrificar o cateter com água ou gel lubrificante;
- Introduzir o cateter na fossa nasal do paciente;
- Fixar o cateter na parte externa do nariz ou face com esparadrapo ou micropore®;
- Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo prescrito;
- Orientar o paciente para respirar de boca fechada, a fim de aproveitar totalmente o oxigênio aplicado;
- Deixar a unidade arrumada e o paciente confortável;
- Retirar a luva de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no plano terapêutico o procedimento.

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO COM TENDA FACIAL (NEBULIZAÇÃO COM FRASCO DE 500ML)

Material

- Fluxômetro;
- Mascara simples ou Venture adequada ao paciente;
- Frasco Nebulizador;

- Extensão plástica (corrugada) traquéia;
- Água destilada de 250 ml.

Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Preparar o material e colocar a água no frasco (umidificador) até a medida indicada e fechar o frasco;
- Montar o sistema, adaptando o humidificador ao fluxômetro e o extensor intermediário (traquéia corrugada) ao humidificador;
- Adaptar a máscara facial ao rosto do paciente prendendo a alça de fixação atrás da cabeça (máscara de Hudson);
- Conectar a máscara facial ao final da extensão da traquéia corrugada na melhor posição para o paciente;
- Observar para que não haja extensão da traquéia, forçando posição irregular do paciente e da adaptação da máscara;
- Abrir o fluxômetro até o volume de litros/minutos prescrito;
- Verificar no fluxômetro a saída de oxigênio, observando a esfera flutuante e se há vazamentos;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no plano terapêutico de enfermagem.

Recomendações

- Proceder à troca do cateter de narina a cada 12 horas, se o oxigênio for contínuo, evitando ferimentos na mucosa nasal e obstrução do cateter por secreção;
- Observar desconforto ou lesões no pavilhão auricular, devido a uma fixação inadequada;
- A administração do oxigênio em alta velocidade de fluxo deve ser sempre administrada através de um sistema de umidificação, para evitar que ele resseque as mucosas do trato respiratório;
- Quando possível, manter monitorização da oximetria digital;
- Trocar a água do humidificador de seis em seis horas ou sempre que necessário, desprezando toda a água residual do copo humidificador;
- Nunca completar o reservatório, aproveitando a quantidade de água que esteja no humidificador;
- Não retornar para o reservatório a água que esteja acumulada no extensor intermediário. Esta também deverá ser desprezada.

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO COM MÁSCARA FACIAL COM RESERVATÓRIO (MÁSCARA DE VENTURE)

Material

- Kit de venturi (Máscara facial, traquéia corrugada, extensão para conexão no fluxômetro, adaptador para umidificação/inalação, seis válvulas coloridas para diferentes concentrações de FiO₂-Laranja, Rosa, Verde, Branca, Amarela e Azul);
- Água destilada estéril;
- Rede de O₂ com fluxômetro;
- Umidificador com água.

Procedimento

- Reunir material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher a máscara de acordo com o tamanho do paciente, de modo que cubra a boca e nariz;
- Adaptar a máscara à extensão da borracha ligada ao humidificador;
- Ajustar o fluxo de oxigênio (3 a 5 litros) de acordo com a indicação;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento realizado;
- Ajustar a máscara à face do paciente, observando suas reações;
- Fixar a máscara com fita elástica;
- Observar as condições da pele no local onde a máscara está em contato;
- Observar as condições da pele no local onde a máscara está em contato;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário o procedimento realizado.

Importante:

Cuidados com o O2 e com sua Administração

- Não administrá-lo sem o redutor de pressão e o fluxômetro;
- Colocar umidificador com água destilada ou esterilizada até o nível indicado;
- Controlar a quantidade de litros por minutos;
- Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento;
- Oferecer apoio psicológico ao paciente;
- Trocar diariamente a cânula, os umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos à umidade;
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto;
- Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia ao pacientes e acompanhantes e pedir para não fumar;
- Observar e palpar o epigástrico para constatar o aparecimento de distensão;
- Fazer revezamento das narinas a cada 8 horas (cateter);
- Avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada;
- Manter vias aéreas desobstruídas;
- Manter os torpedos de O2 na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;
- Controlar sinais vitais.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro, Técnico e auxiliar de Enfermagem, Médico e Fisioterapeuta.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

NETINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 6 ed, 2006.

MELO, A. M. *et al.* **Padronização Operacional Padrão do Hospital Geral Dr, Valdemar Alcântara**, Ceará, 2005.

CARVALHO, D. P. **Oxigenoterapia**. Centro de Aprimoramento Profissional em Saúde. São Paulo, 1 ed, 2008.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Preparo do paciente no pré-operatório	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.351	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Proporcionar bem estar ao paciente;
- Atender às necessidades advindas do tratamento cirúrgico (orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico);
- Diminuir o risco cirúrgico;
- Promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório.

Etapas do Processo:

❖ **VÉSPERA DA CIRURGIA**

- Verificar se no mapa cirúrgico do dia seguinte consta o nome do paciente, da cirurgia, horário da cirurgia, e nomes do médico e anestesista;
- Comunicar ao paciente e ao acompanhante que a cirurgia será no dia seguinte;
- Explicar ao paciente e acompanhante sobre a cirurgia, tipo de anestesia, dependendo da necessidade, solicitar a presença do cirurgião ou anestesista para maiores esclarecimentos ao paciente;
- Tranquilizar o paciente em caso de ansiedade e medo;
- Ouvir o paciente, dando importância as queixas e relatos;
- Providenciar a colheita de exames laboratoriais, sangue, se necessário;
- Fazer clister glicerinado, se prescrito.
- Iniciar jejum após as 22 horas, da noite anterior à cirurgia, ou de acordo com a prescrição médica ou de acordo com a cirurgia proposta e/ou horário de realização da cirurgia.

❖ **NO DIA DA CIRURGIA**

- Fazer tricotomia da região a ser operada, caso seja solicitado;
- Encaminhar o paciente ao banho de aspersão (plantão noturno), ou fazer o banho no leito, pela manhã, 2 horas antes da hora prevista para a cirurgia;
- Verificar sinais vitais;
- Comunicar a(o) enfermeira (o) alterações dos sinais vitais ou sintomas como febre, tosse, coriza e dor;
- Pedir ao paciente para urinar antes da troca da roupa do centro cirúrgico;
- Pedir ao paciente para retirar próteses, jóias, óculos, prendedores de cabelo e roupas íntimas;
- Administrar medicação pré-anestésica caso prescrita;
- Auxiliar o paciente a trocar a camisola/ pijama pela camisola do centro cirúrgico;
- Realizar contato com o maqueiro;

- Auxiliar no transporte do paciente da cama para a maca;
- Cobrir o paciente com lençol, preservando sua intimidade;
- Fazer o registro da hora e condições do paciente na ficha única, colocando-a no prontuário.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R.F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri (SP): Manole, 2007.

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de preparo do leito na Unidade de Terapia Intensiva	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.352	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Proporcionar conforto e segurança ao cliente.
- Manutenção e recuperação a saúde.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar a unidade do cliente;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Checar os equipamentos e saídas de gases;
- Colocar na mesa de cabeceira: eletrodos, sondas de aspiração, cateter de oxigênio nasal, luvas e gases, almotolias com álcool e clorexidina;
- Arrumar os lençóis sobre o colchão;
- Conferir os materiais necessários e comunicar ao supervisor.

Recomendação

- A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Preparo do corpo após a morte	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.353	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Preparar o corpo sem dano nos tecidos, desconfigurações ou odores indesejáveis. Adequar e posicionar o corpo antes que ocorra rigidez cadavérica e identificar o corpo corretamente.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Preparar todo o material necessário em mesa ou cadeira próximo ao leito;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento a família do paciente;
- Colocar o biombo;
- Paramentar-se com avental, máscara e luvas de procedimento;
- Retirar todos os drenos, acessos, sondas, cateteres, sistemas de drenagem, ataduras, gesso ou qualquer acessório de monitorização;
- Realizar higiene do corpo com compressas embebidas em água e sabão.
- Realizar curativos quando necessário;
- Fechar os olhos fixando com esparadrapo ou micropore, colocar gaze umidificada com água destilada sobre as pálpebras;
- Recolocar próteses dentárias se houver;
- Iniciar tamponamento do corpo (com auxílio de pinças, introduzir bolas de algodão nos orifícios nasais, ouvido, boca e ânus). Exceto para os corpos que vão para o IML;
- Colocar um esparadrapo ou atadura no queixo do paciente para evitar queda de mandíbula;
- Usar atadura para prender e unir mãos e pés;
- Colocar uma etiqueta de identificação com os dados do paciente sobre o tórax (nome completo número do leito, clínica, sexo, data e horário do óbito);
- Envolver o corpo com lençóis descartáveis de modo tal que todo ele fique coberto;
- Colocar a outra etiqueta de identificação sobre os lençóis em local bem visível;
- Transferir o corpo para a maca sem colchão;
- Higienizar as mãos;
- Chamar o maqueiro para transportar o corpo para o necrotério depois de descartada a possibilidade de doação de córneas ou após captação de córneas pelo banco de olhos;
- Manter a unidade limpa e em ordem;
- Registrar o óbito na evolução de enfermagem, no prontuário.

Recomendações

- Se a família pedir para ver o corpo, deve-se remover todo o material da proximidade do leito e chamá-los antes de envolver o corpo;
- Solicitar aos familiares e demais pacientes para ausentarem-se da enfermaria durante a realização do procedimento;
- Manter umidificação da córnea até a captação.;
- Manter o corpo na unidade em maca até a captação da córnea ou descarte da possibilidade de doação;
- O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito;
- O enfermeiro deve providenciar a declaração de óbito (DO) para que o médico possa preenchê-la;

- O procedimento da DO é de responsabilidade do médico que deverá obedecer a RESOLUÇÃO DO CFM nº. 1601/2000.;
- Depois de preenchida a DO, o enfermeiro deve registrar em formulário específico o número da DO e nome completo do paciente;
- Na ausência do Assistente Social o enfermeiro deve entregar a via amarela da DO para um familiar ou responsável pelo paciente (Registro civil), a via branca fica na pasta verde (Controle de atestados de óbito-chefia de internamento) e a via rosa fica no prontuário (unidade de saúde);
- Comunicar o óbito as áreas de apoio;
- Não é permitido deixar macas no necrotério;
- Os pertences do paciente deverão ser encaminhados ao serviço social e/ou familiares;
- Desfazer o invólucro em caso de esquecimento de identificação do corpo;
- Caso haja drenagem de secreção ou odores, refazer todo o procedimento.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Preparo da unidade do paciente	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.354	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Favorecer o repouso confortável e sono adequado do paciente por meio de uma unidade preparada e biologicamente segura.

Etapas do Processo:

- Realizar limpeza, desinfecção e descontaminação da unidade de acordo com a necessidade;
- Preparar o leito para receber o paciente;
- Realizar trocas diárias e quando necessárias (banho/evacuações);
- Acolher o acompanhante/visitantes.

Recomendação

- A equipe do serviço de limpeza hospitalar é responsável pela limpeza e desinfecção do piso, parede, cama, cadeira, escadinha e suporte de soro.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de preparo do paciente para realizar exame de angiografia	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.355	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Detectar anormalidades vasculares.
- Pesquisar a ocorrência de deslocamento vascular causado por tumor hematoma, edema, aumento da pressão intracraniana.
- Localizar clips aplicados a vasos sanguíneos.
- Avaliar o estado pós-operatório dos vasos afetados.

Etapas do Processo:

- A arteriografia geralmente é realizada apenas com uma anestesia no local aonde é introduzido o cateter, no entanto, poderá ser realizado sob anestesia geral de curta duração. O exame é realizado no laboratório de hemodinâmica, o qual é aparelhado com todos os equipamentos e as medicações necessárias para a realização do exame com segurança. Com o paciente deitado em uma maca, um cateter é introduzido por uma artéria periférica (geralmente a artéria femoral na virilha) e é conduzido até as artérias que serão estudadas com o exame;
- Terminado o exame, é feito um curativo compressivo no local da punção arterial, observando-se possíveis complicações no local da punção, como por exemplo, sangramentos.

Preparo do paciente para arteriografia

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Orientar jejum de pelo menos seis horas. É necessário a presença de um acompanhante, preferencialmente um familiar, durante o exame;
- Medicações de uso habitual não deverão ser suspensas, exceto os anticoagulantes orais, por 5 a 7 dias, pelo risco de sangramento e a metformina (medicação para o tratamento do diabetes melitus) por 48 horas, pelo risco de interação adversa com o contraste e lesão renal;
- Exames de interesse deverão ser levados no dia do exame (ecodoppler vascular ou outros realizados previamente como TAP com INR), juntamente com o prontuário do mesmo;
- Pacientes alérgicos a contraste deverão fazer um preparo prévio ao exame com medicações antialérgicas;
- Pacientes com disfunção renal, ou com risco de desenvolvê-la, poderão necessitar de alguma medicação ou internação prévia para hidratação com soro fisiológico, visando minimizar riscos de disfunção renal ocasionada pelo contraste do exame (este deverá ser de um tipo especial, com menos potencial de lesar o rim). Pacientes renais crônicos deverão fazer diálise no dia que antecede o

exame;

- Orientar o paciente para esvaziar a bexiga antes de ser encaminhado para sala de exames;
- Orientar o paciente a retirar prótese dentária (se usar), relógio, aliança, anel, pulseira;
- Verificar SSVV antes de encaminhar o paciente para a sala de exame e fazer registro no prontuário;
- Certificar-se de que o paciente ou um membro da família assinou o formulário de consentimento informado, quando exigido.

Cuidados de enfermagem após o exame

- Inspeccionar o paciente a procura de sangramento;
- Manter o repouso no leito durante 6 a 8horass;
- Administrar os analgésicos prescritos e verificar SSVV;
- Monitorar o local de punção do cateter rigorosamente e com frequência a procura de hemorragia ou formação de hematoma. Se um deles ocorrer comunicar imediatamente ao médico. Se houver sangramento, aplicar uma pressão firme no local de punção e notificar o médico. Observar também o local de punção quanto a sinais de extravasamento (vermelhidão, edema) e aplicar uma bolsa de gelo para aliviar o desconforto do paciente e minimizar o edema;
- Se a abordagem for femoral manter a perna afetada estendida por 6 horas, verificando rotineiramente os pulsos (dorsal do pé, poplítea);
- Se a abordagem for braquial imobilizar o braço afetado por 6 horas ou mais e verificar rotineiramente o pulso radial. Observar o braço e a mão do paciente á procura de qualquer alteração na coloração e se houver dormência;
- Monitorar o paciente quanto à desorientação e fraqueza ou dormência nas extremidades;
- Colocar aviso próximo ao leito do paciente, alertando para não coletar sangue;
- Avisar ao paciente que pode reiniciar a sua dieta habitual. Incentivar a beber líquidos para ajudar a eliminar o meio de contraste.

Responsável pelo Processo:

- ✓ O Responsável pelo preparo e cuidados após o procedimento é a equipe de enfermagem. A realização do exame é feita por um médico, anestesista, um enfermeiro e um técnico especializado.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

BRUNNER; SUDDARTH. **Exames Complementares.** (equipe Lippincott, Williams & Wilkins); Revisão técnica, Maria de Fátima Azevedo; Tradução, Telma Lúcia de Azevedo Hennemann, Patricia Lydie Voeux; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Preparo do paciente para cateterismo cardíaco	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.356	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Mostrar obstruções das artérias que irrigam a musculatura do coração (coronárias).
- Quantificar alterações do funcionamento das válvulas e do músculo cardíacos.
- Esclarecer alterações anatômicas não confirmadas por outros exames.
- Mostrar em detalhes uma malformação congênita.
- Desobstruir artérias e válvulas.

Etapas do Processo:

- Orientar para fazer jejum de quatro horas antes do exame;
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Aferir Sinais Vitais;
- Pesar e medir o paciente;
- Em geral, não é necessário suspender os medicamentos em uso;
- Procurar repousar antes do exame;
- Exames (como hemograma, uréia e creatinina de preferência feitos com 24 horas de antecedência, além do ecodopplercardiograma) devem ser levados juntamente com o prontuário;
- Encaminhar o paciente na hora marcada.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

BRUNNER; SUDDARTH. **Exames Complementares**. (equipe Lippincott, Williams & Wilkins); Revisão técnica, Maria de Fátima Azevedo; Tradução, Telma Lúcia de Azevedo Hennemann, Patricia Lydie Voeux; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Preparo do paciente para cintilografia miocárdica	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.357	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Interpretar devido alterações como bloqueio de ramo, baixa voltagem, alterações metabólicas.
- Confirmar ou invalidar o resultado de um ECG de esforço, quando o traçado não concorda com o quadro clínico.
- Localizar a zona de isquemia.
- Diferenciar uma área de isquemia da de um infarto.
- Para confirmar a revascularização depois de uma cirurgia de Bypass.
- Como um indicador de prognóstico em pacientes com doença coronária conhecida.

Etapas do Processo:

Preparo do paciente

- Não é necessário jejum;
- Alimentar-se com pequena quantidade de pão ou bolacha, leite ou suco. Se o exame for à tarde, almoçar pelo menos 2 horas antes do exame com alimento de fácil digestão;
- Descansar bem na noite anterior. Reservar o dia todo para o exame. Suspender o uso do café, chocolate ou alimentos que contêm cafeína (chá mate, chá preto, refrigerantes, bolo e bala de café, etc.) e bebidas alcoólicas 24 horas antes do exame;
- Interromper o uso de alguns medicamentos 03 dias antes do exame, **mas apenas sob autorização de seu médico:** 1) bloqueadores: Propanolol®, Atenol®, Atenolol®, Seloken®, Angipress®, Tenoretic®, Inderal®, Tenadrem®, Corgard®, Sotacor®, e Lopressor®. 2) bloqueadores de canais de cálcio: Cardizem®, Diltiazem® e Balcor®. 3) nitratos: Isordil®, Sustrate®, Monocordil®, Isossorbida® e Socord®;
- Medicamentos que contenham cafeína: suspender 24 horas antes do exame, sob orientação de seu médico. Outros medicamentos: suspender por 24 horas o Dipiridamol (Persantin®) e por 36 horas Aminofilina®, Teofilina® e Xantinas®, também sob autorização de seu médico;
- Usar roupa adequada no exame: agasalho esportivo, short ou bermuda, usar tênis ou sapato com sola de borracha. Estes são recomendados para realizar o teste ergométrico (esteira/bicicleta);
- Tomar banho, esfregando bem o peito com sabão e não fazer uso de nenhum tipo de creme hidratante (melhora o traçado do eletrocardiograma);
- Levar exames cardiológicos recentes (ecodopplercardiograma, cateterismo principalmente), juntamente com o prontuário.

4.2 Preparo do paciente para cintilografia

1ª etapa repouso: o paciente será encaminhado para a sala de injeção. Uma pequena quantidade de material radioativo será injetado na sua veia, preferencialmente do antebraço. Em seguida, é recomendado que aguarde no mínimo 40 minutos para que o excesso de material seja eliminado pelo fígado e intestino. Para ajudar a excreção, sugerimos também que o paciente se alimente. Isso faz que haja uma aceleração no processo de excreção do material e conseqüentemente, melhor qualidade de imagem. Após esse período, será encaminhado para a sala de exame, posicionado na maca onde permanecerá deitado por aproximadamente 20 minutos. Eletrodos serão colocados no tórax para monitorizar os batimentos cardíacos;

2ª etapa esforço: Após primeira etapa, no dia seguinte o paciente será encaminhado para 2ª etapa, onde realizará o teste ergométrico (esteira/bicicleta). Inicia-se o exercício e quando atingir o número de batimentos desejado por minuto, injetada a segunda dose do mesmo traçador, numa veia previamente puncionada. Após o término do teste ergométrico, será necessário a obtenção de novas imagens (o que chamamos de imagens de stress) no aparelho cintilográfico. Quando o paciente não puder realizar exercício físico ou não conseguir atingir a frequência cardíaca desejada, será feito o stress farmacológico, que consiste em injetar uma medicação (dipiridamol) na veia durante 4 minutos e em seguida, o traçador.

Responsável pelo Processo:

Cardiologista, equipe de enfermagem treinada (enfermeiros e auxiliares de enfermagem especializados) envolvida com a realização do exame.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

BRUNNER; SUDDARTH. **Exames Complementares**. (Lippincott, Williams; Wilkins); Revisão técnica, Maria de Fátima Azevedo; Tradução, Telma Lúcia de Azevedo Hennemann, Patricia Lydie Voeux; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014 Versão número: 2ª
Título: Procedimento para preparo do paciente para instalação de Cateter Venoso Central-CVC	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.358	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Auxiliar o médico na instalação de acesso venoso central para administração de medicação e Infusão de grandes quantidades de líquidos.
- Manter acesso venoso profundo por tempo prolongado.
- Administrar Nutrição Parenteral.
- Medição da Pressão Venosa Central (PVC).

Etapas do Processo:

- Organizar todo material em um carro de curativo;
- Levar o carro de curativo para próximo ao leito do paciente;
- Preparar o soro fisiológico e pendurar no suporte de soro;
- Auxiliar o médico entregando o material a este quando for solicitado;
- Testar baixando o soro para certificar se cateter esta na veia e com bom retorno do sangue;
- Realizar curativo após o término do procedimento;
- Encaminhar pedido de Radiografia de tórax após solicitação médica;
- Fazer o descarte das agulhas das seringas e do fio utilizado;
- Encaminhar a bandeja de subclávia a Central de Material de Esterilização;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

MULVEY, M.A. Líquidos e eletrólitos: Equilíbrio e Distribuição. In: Brunner, L.S.; SUDDARTH, D. R. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol I, 10. edição., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005, pág. 265-313.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de verificação de Pressão Venosa Central–PVC	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.359	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Proporcionar informações para o reconhecimento de distúrbios hemodinâmicos como o da volemia, e a capacidade da bomba cardíaca (coração) em impulsionar o sangue.

Etapas do Processo:

Montagem do sistema:

- Abrir a embalagem do equipo e retirar a fita graduada;
- Colocar uma das extremidades do nivelador sobre o tórax do paciente (esterno ou linha axilar média) e a outra extremidade do nivelador no suporte de soro;
- Manter a bolha do nivelador no centro, assinalar o ponto correspondente no lado inferior do nivelador, colocar o n°10 da fita graduada neste ponto e prender com a fita adesiva na parte superior e inferior da fita, no suporte de soro;
- Retirar o equipo da embalagem e fechar o circuito;
- Conectar o conta-gotas do equipo no frasco de soro e pendurar no suporte;
- Fixar com esparadrapo ou fita adesiva a bifurcação junto ao ponto zero da escala e fixar a via do conta-gotas junto à terceira via do equipo sobre a coluna graduada do suporte de soro;
- Prender a via-paciente do equipo ao lado da coluna graduada para ser ligada quando for realizada a mensuração da PVC;
- Encher todo sistema do equipo com soro.

Técnica de Mensuração da PVC:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, baixar a cabeceira a 0°, os membros superiores e inferiores distendidos. Em caso de impossibilidade de baixar a cabeceira, deixar este com a cabeceira elevada;
- Retirar travesseiros e/ou coxins e descobrir o tórax do paciente;
- Marcar o ponto zero da mesma forma como na montagem do sistema;
- Desligar o soro de manutenção da veia ou medicamentos do paciente;
- Adaptar a extremidade do cateter central ao equipo de PVC, previamente montado;
- Abrir e encher com soro o circuito do equipo de PVC, fechando-o;
- Observar o rebaixamento e oscilação do líquido da coluna;
- Aguardar o rebaixamento da coluna líquida e fazer a leitura em centímetros de água, na escala;
- O ponto correspondente na escala graduada à coluna do soro é a pressão venosa central, que pode ser positiva, se acima do ponto zero ou negativa, se abaixo do ponto zero;
- Os valores obtidos são registrados no controle de enfermagem.

Responsável pelo Processo:

- ✓ A montagem do sistema é de responsabilidade do enfermeiro ou do técnico de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro. A mensuração da PVC é de responsabilidade da equipe de Enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

CINTRA, E, A: NISHIDE, V.M, NUNES, W.A. **Assistência de Enfermagem ao paciente crítico**. Editora Atheneu, 2000.

VICARI, M.R. **Suporte básico em cuidados intesivos**. 2. Ed. Editora Médica AWWWE Ltda, 2008.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização da Reação de Mantoux ou Prova Tuberculínia ou PPD	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.360	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Identificar a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Retira do isopor/geladeira o frasco de PPD;
- Verificar o nome do reagente, número de doses, o prazo de validade e o aspecto do produto;
- Remover o lacre e fazer a assepsia da rolha de borracha com algodão e álcool;
- Ajustar a agulha ao corpo da seringa;
- Introduzir a agulha no frasco de PPD e aspirar líquido;
- Retirar o ar da seringa, ajustando a dose para 0,1 ml;
- Desconectar a agulha e a seringa do frasco (não é necessário trocar a agulha para a aplicação);
- Colocar o frasco de PPD na geladeira ou caixa térmica;
- Aplicar imediatamente após a aspiração;
- Orientar o cliente;
- Selecionar no terço do antebraço esquerdo, um local com poucos pelos, sem cicatrizes ou lesões distantes de veias calibrosas. Caso não seja possível a utilização do local padronizado (aplicação de PPD há menos de 15 dias, queimaduras, gesso, etc.) realizar no antebraço direito, registrando o fato;
- Segurar o antebraço esquerdo do cliente entre os dedos médio e indicador distendendo a pele com o polegar;
- Introduzir o bisel voltado para cima de forma visível ao aplicador observando que a seringa à pele. Para maior firmeza, fixar o canhão da agulha com o polegar, evitando que o bisel saia da sua posição;
- Injetar lentamente 0,1 ml de PPD, observando que a pele não esteja mais distendida;
- Retirar o polegar do canhão e puxar lentamente a seringa com agulha e desprezar a seringa e a agulha na caixa coletora.

Leitura do Teste Tuberculínico

Material

- Frasco com álcool;
- Recipiente com algodão;
- 01 régua transparente com 10 cm de comprimento.

Técnica de Leitura do Teste Tuberculínico

- Deve ser realizada após 72h após inoculação (poderá ser realizada após 96h em casos excepcionais);
- Identificar o cliente, observando na ficha se os dados estão corretamente preenchidos;
- Segurar a régua na posição adequada para a leitura;
- Observar o aspecto da reação;
- Palpar o local da aplicação do teste, com dedo indicador para localizar a endureção. Caso encontre dificuldade em perceber o local da aplicação, perguntar ao cliente ou passar algodão com álcool na região para provocar uma irritação local, o que facilitará a visualização;
- Caso haja endureção, delimitar a borda externa com dedo indicador e fixar esse limite com a régua,

evitando marcar a pele;

- Delimitar a borda interna com dedo indicador;
- Retirar a régua do limite externo, marcando visualmente o local;
- Posicionar a régua transversalmente ao eixo do braço e medir em milímetros o maior diâmetro transversal da endureção. Caso se observe eritema, edema ou linfoangite, não considerá-lo na mensuração, restringindo-se aos limites da endureção.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro ou Técnico de enfermagem capacitado.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

Manual de Capacitação para Enfermeiros na Técnica de Aplicação e Leitura da Prova Tuberculínica- Ministério da Saúde – 2010.

Manual de Normas Técnicas de Tuberculose Para as Unidades Básicas de Saúde- Ministério da Saúde – 2011.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de eletrocardiograma	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.361	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Registrar as alterações no ritmo cardíaco do paciente para detectar doenças cardíacas.

Etapas do Processo:

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado;
- Assegurar a privacidade do paciente com a colocação de biombos;
- Limpar a pele do paciente com álcool a 70%, desengordurando o local de contato com os eletrodos;
- Certificar que não há contato com o paciente com partes metálicas do leito;
- Verificar se o cabo dos eletrodos e o fio terra estão devidamente conectados;
- Conectar os eletrodos da seguinte forma:
BRAÇO DIREITO – FIO VERMELHO
BRAÇO ESQUERDO – FIO AMARELO
PERNA DIREITO – FIO PRETO
PERNA ESQUERDA – FIO VERDE
- Fixar as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados. Com estas conexões dos eletrodos, são determinados no traçado as derivações periféricas: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF;
- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado:
V1 – 4º espaço intercostal, no bordo direito do esterno
V2 – 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo do esterno
V3 – situado entre V2 e V4
V4 – interseção da linha hemiclavicular esquerda e 5º espaço intercostal
V5 – 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior
V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média
- Após colocação dos eletrodos ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Avaliar se o registro no eletrocardiógrafo é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Após término do eletro identificar a fita do ECG com o nome do paciente, idade, data, enfermaria, leito e hora da realização do exame;
- Desligar o aparelho da parede e do fio terra;
- Retirar os eletrodos e remover os resíduos da pasta do tórax e membros superiores e inferiores;
- Acomodar o paciente no leito;
- Organizar os fios e o carro de ECG;
- Registrar no prontuário do paciente.

Recomendações

- Se o paciente tiver muito pelo fazer tricotomia;
- Só usar o gel quando houver em pouca quantidade nos eletrodos.

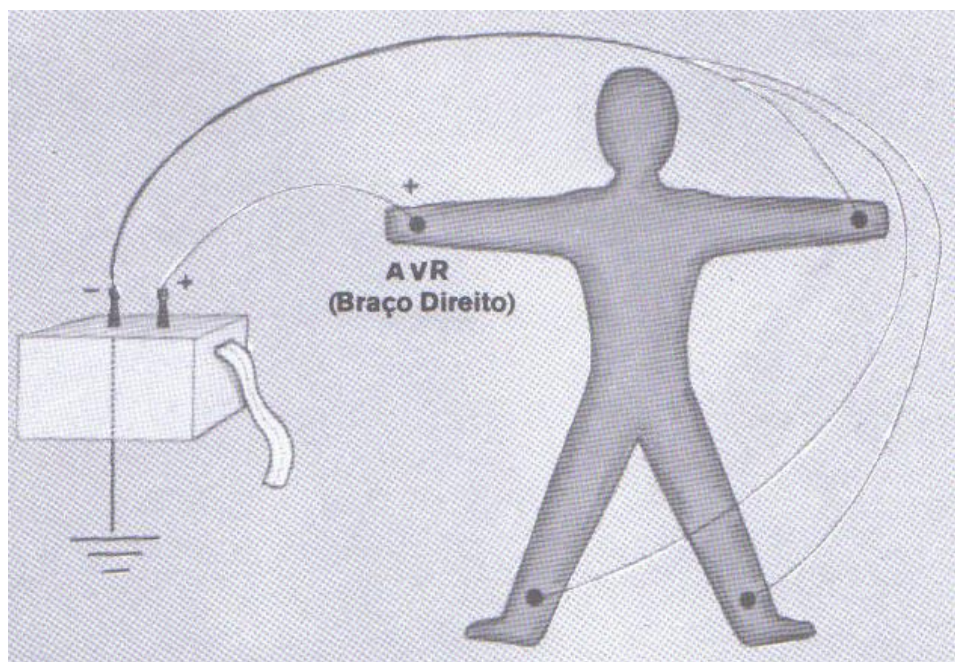
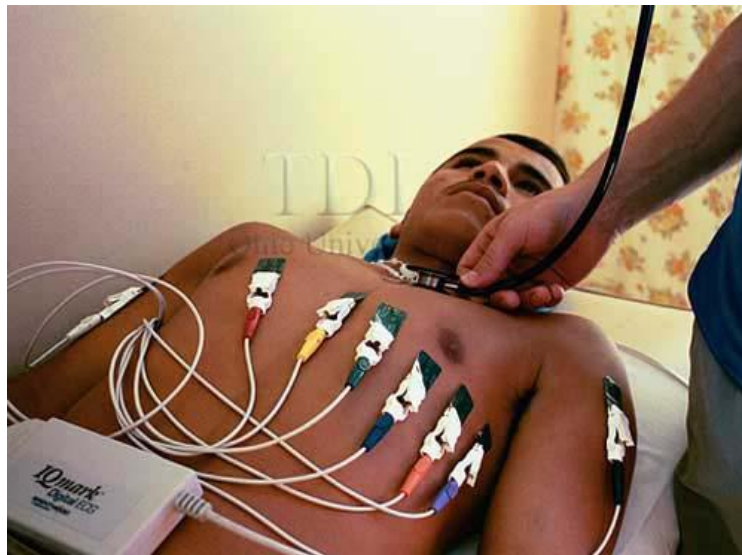
Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

DUBIN, D. **Interpretação Rápida do ECG**. 3. edição. Rio de Janeiro: Ed. Publicações Médicas, 1996.



**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização da Reanimação cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.362	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

Etapas do Processo:

- Reconhecer os sinais imediatos da Parada Cardiopulmonar (PCR) (não responsivo, sem respiração ou com gasping e ausência de pulso);
- Solicitar ajuda;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida (tábua – colocar embaixo do paciente);
- Iniciar compressões torácicas de qualidade (30 compressões por minuto com 5cm de profundidade) até a chegada do desfibrilador;
- Abrir vias aéreas e aplicar 2 ventilações com máscara e Respirador manual (AMBU) com reservatório (Tração da mandíbula no trauma ou elevação do mento no paciente clínico);
- Instalar o DEA;
- Aplicar rapidamente o tratamento elétrico conforme indicação do DEA (repetir a cada 2 minutos ou 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações por meio do respirador manual (AMBU) com oxigênio a 15 l/min.);
- Reiniciar a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) com compressões imediatamente após cada choque prescrito.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem);
- ✓ Médico.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

American Heart Association. Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. (versão em português). Disponível em: http://www.Heart.org/idc/groups/heart-public@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização da Reanimação cardiopulmonar – Suporte Avançado de Vida	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.363	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

Etapas do Processo:

- Reconhecer os sinais imediatos de Parada cardiorrespiratória (PCR);
- Acionar a equipe;
- Abrir vias aéreas e iniciar massagem, 30 compressões para 02 ventilações;
- Minimizar as interrupções nas compressões;
- Comprimir o tórax continuamente e com qualidade (100 compressões/ min com 5cm de profundidade e aguardar o retorno do tórax);
- Alternar a pessoa que aplica as massagens a cada 2 minutos;
- Ventilar com respirador manual (AMBU) (frequência de 08 a 10 movimentos respiratório por minuto) com oxigênio 15 l/min.;
- Conseguir via aérea avançado (TOT ou máscara laríngea);
- Considerar monitorização pelo capnógrafo (se houver equipamento);
- Realizar acesso venoso (cateter curto e calibroso);
- Realizar a monitorização cardíaca;
- Administrar medicações prescritas e logo após fazer um bolus de 20cc de SF 0,9%% e elevar o membro (braço);
- Analisar ritmo cardíaco a cada 2 minutos e checar pulso a cada ciclo;
- Ligar e preparar a carga do desfibrilador;
- Aplicar rapidamente o choque elétrico se indicado e prescrito pelo médico;
- Reiniciar a RCP com compressões imediatamente após cada choque prescrito;
- Realizar cuidados pós-parada cardiorrespiratória logo que retorne a circulação espontânea;
- Registrar os procedimentos no prontuário do paciente;
- Reorganizar a unidade do paciente;
- Repor carro de parada após reanimação.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem);
- ✓ Médico;
- ✓ Fisioterapeuta.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

American Heart Association. Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. (versão em português). Disponível em: http://www.Heart.org/idc/groups/heart-public/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Sondagem Nasoentérica e Nasogástrica	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.364	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Descomprimir o intestino e remover gás e líquido.
- Diagnosticar a motilidade gastrointestinal e outras disfunções.
- Administrar medicamentos e alimentos.
- Prevenir obstrução no pós-operatório gastrointestinal.
- Aliviar a obstrução do intestino delgado.

Etapas do Processo:

- Verifique a indicação da sondagem;
- Prepare o material a ser utilizado;
- Revise a história médica do paciente para problemas nasais (ex: hemorragias nasais, cirurgia oral facial, trauma facial, fratura de base de crânio, história passada de aspiração ou terapia anticoagulante);
- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Avalie o estado mental do paciente;
- Realize a higiene das mãos, avalie a desobstrução das narinas, peça ao paciente que feche cada narina alternadamente e respire. Examine cada narina quanto à abertura e a pele;
- Identifique a capacidade para engolir e determine se há risco para aspiração;
- Ausculte o abdome para analisar os sons intestinais;
- Explique e oriente o paciente sobre a importância e a necessidade do uso da sonda e se possível deixar que ele autorize;
- Deixar a cabeceira do leito elevada a 45º graus. Coloque o travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Faça a medida da extensão da sonda, que deve ser introduzida, colocando seu orifício distal na ponta do nariz, estendendo-a até o lóbulo da orelha e daí até o apêndice xifóide; (Quando houver indicação do posicionamento na segunda/terceira porção do duodeno ou jejuno, a sonda migrará espontaneamente com o estímulo peristáltico 25 cm ou mais);
- Calçar as luvas;
- Introduza o fio guia umidificado de forma segura até o final da sonda verificando o posicionamento do guia, para que este não saia em um dos orifícios;
- Lubrifique a sonda com anestésico tópico. Após verificar se o paciente tem alguma obstrução nasal, selecionar a narina, observar também, se existe desvio de septo, o que poderá dificultar a passagem da sonda. Algumas vezes, o uso do próprio anestésico local pode ser causa de desconforto

passageiro, introduza delicadamente a sonda na narina, acompanhando o septo nasal e superfície superior do palato duro;

- Oriente o paciente para relaxar os músculos da face e, quando sentir que a sonda chegou à garganta, parar de inspirar e engolir, para evitar a sensação de náusea, causada pela presença da sonda na faringe (Caso esteja consciente);
- Se o paciente está consciente, ofereça água e peça para dar pequenos goles. Em cada deglutição da água, introduza lenta e delicadamente a sonda através da narina, avançando até o esôfago e estômago, guiando-se pela medida feita anteriormente;
- Nos pacientes com reflexos diminuídos, fletir a cabeça para que a glote se feche e proteja as vias aéreas. Quando, após cada deglutição, a sonda caminha espontaneamente na sua mão, é sinal que a sonda está se posicionando corretamente no esôfago;
- Retirar o fio guia após a passagem da sonda de Dobb Hoff;
- Observe se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação, que podem ser manifestações de um desvio de sonda para as vias aéreas. Nesse caso, deverá ser retirada e reintroduzida;
- Quando sentir resistência na introdução da sonda de Levine ou Dobb Hoff, verifique se ela já atingiu o estômago. Isto pode ser verificado por meio de uma das formas: aspirar suco gástrico com seringa de 20 ml (seringas menores são contra-indicadas, porque oferecem pressão excessiva e podem danificar a sonda e lesar a mucosa gástrica): introduzir de 10 a 20 ml de ar através da sonda e auscultar com estetoscópio, logo abaixo do apêndice xifóide (deve-se auscultar um ruído, indicando que a extremidade da sonda está no estômago e está pérvia); mergulhar em água a extremidade proximal da sonda e verificar se há saída de bolhas de ar. Isto indica que ela está nas vias aéreas. Faça este último procedimento com cuidado, para se evitar ocorrência rara de aspiração de líquido para o pulmão. Além das manobras indicadas, observe se o paciente apresenta dispnéia, cianose, prostração ou ainda dificuldade para falar;
- Depois de confirmado o posicionamento gástrico, para a **sonda de Dobb Hoff** migrar até o intestino delgado, ela deve ser fixada na face do paciente, deixando-se uma alça que será desfeita espontaneamente conforme os movimentos peristálticos. A instalação no intestino ocorre de forma lenta, geralmente após 24 horas, dependendo da peristalse gastrointestinal, o que permitirá a passagem pelo piloro. Para a chegada da sonda no intestino seja mais rápida, pode-se lançar mão de algumas manobras como: colocar o paciente em decúbito lateral direito, estimular deambulação ou ainda administrar drogas estimulantes da motilidade gástrica;
- Se a sonda for de **Levine**, esta deve chegar até o estômago e após confirmação, fixar a mesma;
- Remova as luvas, descarte os materiais (exceto o fio guia, guarde este, pois em caso de saída da **sonda de Dobb Hoff** o mesmo poderá ser utilizado novamente após desinfecção com álcool) e realize a higiene das mãos;
- Pergunte se o paciente se sente confortável;
- Observe se o paciente está com qualquer dificuldade em respirar, está com tosse ou engasgo;
- Ausculte os sons pulmonares;
- Confirme posicionamento após resultado do Raio X.
- Registrar no prontuário - anotação de enfermagem o procedimento, calibre da sonda, aspecto do resíduo gástrico aspirado e intercorrências;

- Checar a realização do procedimento na prescrição médica.

Responsável pelo Processo:

- ✓ É competência privativa do Enfermeiro segundo a resolução do COFEN 277/2003. Confirmada pela RCD 63/ 2000 aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento Técnico, estabeleceu no anexo III, item 6 e cita que “é responsabilidade do enfermeiro estabelecer o acesso enteral por via oro/nasogástrica ou transpilórica, para a administração da NE (Nutrição enteral) conforme procedimento pré-estabelecido”. Complemento: “é responsabilidade de o enfermeiro encaminhar o paciente para exame radiológico, visando à confirmação da localização da sonda”.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referências:**

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Soroterapia	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.365	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Administrar medicamentos;
- Manter e repor reservas orgânicas de água, eletrólitos e nutrientes;
- Restaurar equilíbrio ácido-básico;
- Restabelecer o volume sanguíneo.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Verificar na prescrição médica: nome do medicamento, data, horário, dosagem;
- Identificar paciente (conferir pulseira);
- Dispor o material a ser usado, sobre o balcão da sala de medicação;
- Observar as características da solução contida no frasco;
- Abrir o frasco de solução;
- Acrescentar a medicação prescrita, obedecendo aos princípios de assepsia;
- Conectar o equipo de soro no frasco;
- Retirar o ar do equipo, escorrendo o soro até a extremidade livre do equipo;
- Proteger a extremidade livre do equipo;
- Fazer nível do copinho (câmara gotejadora);
- Clampear o equipo.

Colocar a etiqueta de identificação com:

- a) Nome do paciente, leito e quarto;
- b) Nome e volume da solução;
- c) Nome e quantidade das medicações acrescidas;
- d) Mínimo de gotas por minuto;
- e) início e término da soroterapia;
- f) Data e horário;
- g) Assinatura do funcionário que instalou.

- Colocar o frasco na bandeja, devidamente identificado;
- Completar a bandeja com o resto do material necessário;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
- Pendurar o frasco no suporte de soro, junto ao leito do paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Puncionar a veia conforme técnica de medicação endovenosa, que na soroterapia faz uso de scalp ou substituir por cateter intravenoso periférico com guia;
- Conectar o scalp ou abbocath(jelco)ao equipo de soro,após puncionar a veia;
- Fixar o cateter intravenoso ou scalp, com esparadrapo;
- Desclampar o equipo de soro;
- Graduar o número de gotas prescritas;
- Certificar-se de que o soro está correndo na veia;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Colocar o material na bandeja e encaminhá-lo para sala de medicação onde será desprezado em caixa de material cortante;
- Desprezar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Documentar a instalação do soro, colocando à hora e anotando quaisquer irregularidades, se houver.

Recomendação

- Em caso de paciente inconsciente, agitado ou criança, fazer imobilização. Ao término do soro: retira-lo ou trocá-lo por outro.

Responsável pelo Processo:

- ✓ Enfermeiro e Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referencias:**

CARPENITTO, L.J. **Manuais de diagnósticos de enfermagem**. 11 ed.trad. GRACEZ, R, M, Porto Alegre: Artmed, 2008.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, definições e classificações, 2010–2011**. Trad.GRACEZ,R,M. Porto Alegre:Artmed, 2011.

SMELTZER, S,C.:BARE,B.G. **BRUNNER & SUDDARTHtratado de enfermagem Médico Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Transferência de paciente entre clínicas	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.366	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Controlar a entrada e saída de pacientes.
- Atualizar o censo hospitalar.

Etapas do Processo:

Ao enfermeiro da clínica de origem cabe informar ao enfermeiro da clínica de destino sobre as condições do paciente a ser transferido.

❖ **Na clínica de origem deve-se:**

- Comunicar ao paciente o motivo de transferência;
- Verificar SSVV;
- Solicitar do maqueiro a maca ou cadeira de rodas (caso o paciente tenha condições de ir sentado), em seguida forrar a mesma com lençol;
- Colocar o paciente na maca e cobri-lo com o lençol;

❖ **Na clínica de destino deve-se:**

- Preparar a unidade do paciente adequadamente: arrumar a cama e equipamentos de uso individual, checar equipamentos de oxigenoterapia;
- Receber o paciente na unidade, verificando se está anexada no prontuário a ficha de internação e devidamente preenchida e assinada, bem como a prescrição médica;
- Encaminhar o paciente até o leito;
- Apresentar o setor ao paciente e ratificar o motivo de tal transferência;
- Verificar SSVV;
- Realizar exame físico;
- Fazer a evolução, prescrição de enfermagem e aprazamento da prescrição médica, caso não tenham sido feitos na clínica de origem;
- Providenciar junto à farmácia medicação prescrita.

Responsável pelo Processo:

- ✓ O procedimento deverá ser realizado com autorização médica. À equipe de enfermagem cabe realizar as orientações pertinentes e contatar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários à transferência do paciente e seus familiares.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

MOTTA, A.L.C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem.** 1 ed. Iatria Editora, 2005.

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Verificação de Sinais Vitais	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.367	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

- Detectar alteração nos valores da pressão sistólica e diastólica, auxiliando na terapêutica.
- Verificar a frequência cardíaca, detectar possíveis alterações no ritmo cardíaco e auxiliar na terapêutica.
- Controlar a temperatura corpórea a fim de identificar alterações que auxiliem no diagnóstico e tratamento médico.
- Controlar a frequência respiratória a fim de identificar alterações que auxiliem no diagnóstico e tratamento médico.
- Realizar avaliação da percepção dolorosa;
- Identificar a tolerância e o desconforto à dor por meio da Escala da Dor.
- Avaliar a eficiência da frequência utilizada.

Etapas do Processo:

- Higienizar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Fazer a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com o algodão embebido em álcool;
- Expor um dos membros superiores deixando-o livre para o procedimento, retirando qualquer roupa que cause compressão;
- Segurar o antebraço do paciente ao nível do coração com a palma voltada para cima;
- Palpar a artéria braquial e posicionar o manguito 2,5 cm acima do local onde foi palpado o pulso braquial e com o manômetro voltado para a visualização do profissional;
- Com o manguito completamente vazio enrolá-lo de modo uniforme e confortável ao redor do braço do paciente;
- Sentir a pulsação da artéria radial;
- Insuflar o manguito até cessar a pulsação da artéria radial. Esvaziar vagarosamente o manguito e observar o ponto onde a pulsação reaparece;
- Desinsuflar o manguito rapidamente sem a necessidade de verificar valores;
- Colocar os receptores auditivos do estetoscópio nas orelhas e certifica-se de que os sons estejam bem audíveis;
- Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial;
- Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido horário até travar;
- Insuflar o manguito até o valor encontrado na primeira medição, acrescentando mais 20 mmHg;
- Desinsuflar o manguito lentamente observando com o auxílio do estetoscópio a medição correspondente ao primeiro som forte que é a pressão sistólica (máxima) e o último som, surdo ou abafado, que é a pressão diastólica (mínima);
- Após desinsuflar completamente o manguito retirá-lo completamente do braço do paciente;
- Os valores encontrados devem ser informados ao paciente em valores numéricos
- Deixar a unidade em ordem;
- Guardar o material em local apropriado após a realização de desinfecção;
- Higienizar as mãos;
- Anotar os valores em folhas de controle e comunicar o enfermeiro e o médico qualquer alteração.

❖ PULSO

Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Identificar paciente (conferir pulseira);
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Anotar os valores na folha de controle no prontuário e comunicar ao enfermeiro e ao médico qualquer alteração.

❖ PULSAÇÃO RADIAL

- Se o paciente está em posição supina, colocar seu antebraço ao lado inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado dobrar seu cotovelo a 90° e apoiar seu antebraço na cadeira ou no próprio braço do examinador. Estender suavemente o punho com a palma da mão para baixo;
- Colocar as pontas dos dois primeiros dedos de sua mão sobre o sulco ao longo da área radial ou do polegar do punho do paciente;
- Comprimir levemente contra o rádio, inicialmente bloqueando o pulso e então relaxar a pressão de modo que o pulso se torne facilmente palpável;
- Ao sentir o pulso, utilizar o relógio com o marcador de segundos e começar a contar;
- Se o pulso for regular contar por 15 segundos e multiplicar por 4;
- Se for irregular contar durante 1 minuto.

❖ PULSAÇÃO APICAL

- Realizar a desinfecção das olivas, corpo e diafragma;
- Colocar o diafragma e o estetoscópio na parte esquerda do tórax, na altura do quarto espaço intercostal;
- Uma vez feito ausculta, contar os batimentos cardíacos por 60 segundos utilizando o relógio com mostrador de segundos;
- Se a frequência cardíaca for regular contar por 30 segundos e multiplicar por 2;
- Se a frequência cardíaca for irregular contar durante 1 minuto.
- Deixar a unidade em ordem;
- Guardar o material em local apropriado após a realização de desinfecção;
- Higienizar as mãos;
- Anotar os valores na folha de controle e comunicar ao enfermeiro e ao médico qualquer alteração.

❖ TEMPERATURA CORPÓREA

Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente (conferir pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Fazer a desinfecção do termômetro com o algodão embebido em álcool;
- Colocar o termômetro bem no centro da axila. Abaixar o braço do paciente sobre o termômetro e cruzá-lo sobre o peito;
- Manter o termômetro posicionado por 5-10 minutos;
- Remover o termômetro e fazer a leitura do mesmo ao nível dos olhos
- Informar ao paciente a leitura obtida;
- Deixar a unidade em ordem;
- Guardar o material em local apropriado após a realização de desinfecção;
- Higienizar as mãos;
- Anotar os valores na folha de controle no prontuário e comunicar ao enfermeiro e ao médico qualquer alteração.

❖ RESPIRAÇÃO

Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente (conferir pulseira);
- Deixar o paciente confortável;
- Simular o controle do pulso através da artéria radial e observar os movimentos respiratórios;
- Contar o número de respirações (inspiração e expiração = 1 movimento) durante 60 segundos;
- Deixar a unidade em ordem;
- Guardar o material em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Anotar o valor obtido em folhas de controle no prontuário e comunicar ao enfermeiro e ao médico qualquer alteração.

❖ DOR

Procedimento

- Classificar a dor no momento da aferição dos SSVV (pulso, temperatura, pressão arterial e respiração), por meio da Escala numérica com expressão facial (ver Histórico de enfermagem);
- Registrar o valor numérico obtido, mediante questionamento ao paciente ou observação de fâcies de dor, na folha de controle do prontuário;
- Comunicar ao Enfermeiro e ao Médico a presença de dor aguda;
- Checar prescrição médica no prontuário;
- Administrar analgésico conforme prescrição médica;
- Realizar sistematicamente a reavaliação da dor;
- Observar, anotar e comunicar as conseqüências da dor como: elevação da PA, diminuição do sono, apetite, presença de gemidos, choro, movimentação corporal alterado, etc.

Responsável pelo Processo:

- ✓ O procedimento deverá ser realizado pelo Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):

Referencias:

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

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

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

**Rotina /Procedimento
Hospital Getúlio Vargas**

Capítulo JCI: COP – Cuidado aos Pacientes	Responsável pela elaboração: Enfermeiras da supervisão de Enfermagem	Responsável pela aprovação: Gerência de Enfermagem	Data da 2ª Versão: 25.03.2014
			Versão número: 2ª
Título: Procedimento para realização de Verificação de Medidas Antropométricas	Responsável pela revisão: Supervisão de Enfermagem	Número do Documento: 03.3.368	Data da Atualização: 25.03.2017

Objetivos:

Mensurar medidas antropométricas de pacientes internados.

Etapas do Processo:

❖ **PESO E ALTURA**

- Identificar o paciente (conferir pulseira);
- Informar ao cliente o que vai ser feito;
- Encaminhar o cliente até a balança;
- Certificar-se de que a balança plataforma está afastada da parede;
- Destruar a balança;
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador;
- Esperar até que a agulha e o fiel estejam nivelados;
- Após aferir a balança, ela deve ser travada;
- Forrá-la com papel toalha, no local onde o paciente permanecerá;
- Posicionar o cliente no centro da balança, de modo ereto e imóvel, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado com as costas para a haste graduada em centímetros;
- Destruar a balança;
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos, mover o cursor menor para marcar os gramas;
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança, evitando assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelo cursor;
- Manter o cliente de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Encostar os calcanhares, os ossos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de

ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas;

- Elevar a haste graduada em centímetros, com cuidado e colocá-la perpendicularmente sobre a cabeça do cliente, fazendo a leitura da altura em centímetros;
- Solicitar ou auxiliar o cliente a descer da balança e a calçar os sapatos;
- Anotar as medidas na folha de controle no prontuário.

❖ **PERÍMETRO ABDOMINAL**

Esta medida permite uma avaliação aproximada da massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo. É utilizada na avaliação da distribuição de gordura em adultos, visto que algumas complicações como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

- O cliente deve estar de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm;
- A roupa deve ser afastada, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto;
- O profissional deve estar de frente para a pessoa, segurar o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca);
- Deve-se verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- Pedir à pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente;
- Anotar as medidas na folha de controle do prontuário do paciente.

❖ **CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

O índice de massa corpora (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre peso e estatura, e expresso em Kg/m².

$$\text{IMC} = \text{PESO} / \text{ALTURA}^2$$

Tabela de Classificação do IMC

IMC	Classificação
< 18,5	Magreza
18,5 – 24,9	Saudável
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II (severa)
? 40,0	Obesidade Grau III (morbida)

Responsável pelo Processo:

✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

Gerenciamento Visual (OPTATIVO):**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade/ Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

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

VIGILÂNCIA ALIMENTAR-SISVAN. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.