



***MANUAL DE NORMAS,
ROTINAS E PROTOCOLO
DE ENFERMAGEM DO
ESTADO DO TOCANTINS***

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS

**MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DO
ESTADO DO TOCANTINS**

Palmas, TO
Secretaria de Estado da Saúde
2022



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
Wanderlei Barbosa Castro

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Afonso Piva de Santana

SUPERINTENDÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES PRÓPRIAS/SUHP
Elaine Negre Sanches

Capa - Freepik

Dados da Catalogação Anglo-American Cataloguing Rules – AACR

T631m

Tocantins (Estado). Secretaria de Estado da Saúde.

Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do estado do Tocantins [*recurso tecnológico*] / Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias. – Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

160 p.

ISBN 978-65-87830-08-7 (*E-book*)

Vários colaboradores

1. Saúde pública – Tocantins (Estado). 2. Hospitais. 3. Enfermagem. I. Secretaria de Estado da Saúde. II. Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias. III. Título.

CDD 362.1098117

CDU 351.078.2:614.39(811.7)

NLM WX 186

Ficha Catalográfica: Marcelo Diniz – Bibliotecário da Etsus. CRB 2/1533. Resolução CFB nº 184/2017

Como referenciar este documento:

TOCANTINS (Estado). Secretaria de Saúde. Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do estado do Tocantins**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. 160 p. *E-book*. ISBN 978-65-87830-08-7.

COLABORADORES

ELABORADORES

Alessandra Santana Mendonça
Alyne Nunes Mota
Clarete Martins da Silva
Gilvan Pereira da Silva
Janaína Araújo Alencar Reis
Karita Fernanda de Castilho
Karla Ramos Carvalho
Karlla de Souza Luz
Keila Medeiros Coelho
Kelly Cristina de Souza Rabelo
Lafaieth Rocha do Carmo
Márcia Pessoa de Sousa Noronha
Maria Diniz Nunes
Maria Vilma Zuzzi Sanches
Marlla Santos
Michelle Pinto Barros
Milene Cardoso
Morgana Miridan Paranaguá de Faria
Nayara Carvalho
Nelma do Socorro Santos Chaves
Raquel Marques Soares Santana
Roodvanny da Costa Sales
Rosângela Irano
Suely Alves de Paula
Tatiana Peres Santana Porto

COLABORADORES COORDENADORES:

Luiza Crartes de Souza
Ana Paula de Alcântara
Cheyla Regina Rodrigues Silveira
Maria da Penha Rosa de Alencar
Nelma do Socorro Chaves dos Santos
Emília Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis
Valdemar Pires de Oliveira
Douglas Batista de Paulo
Kézia Tavares Barbosa Santana
Sílvia Oliveira Ferreira Rodrigues
Fabiana Lima de Sousa

Aurélio Coelho Miranda
Dulcinéia Silveira de Sousa Medeiros
Patrícia Delmiro de Sousa Takahagassi
Rosimeira Alves Ferreira
Klicia de Oliveira Abreu
Rita Silva Rocha
Rosimeire Pereira Luz
Adelaide Milhomem de Souza Neta
Luza Crartes de Souza Silva
Patrícia Lira Silvax
Renato Rodrigues de Oliveira
Alane Almeida Quirino Linares
Christiane Vasconcelos Oliveira
Nágila Bezerra Souza
Poliana Rodrigues Costa
Allison Barros Santana
Patrícia de M. C. Pinheiro
Daniel Felipe Rigoli
Neila Figueiredo de Brito
Wexlane Pereira Dias Batista
Amarildo Herbert Tavares
Sheila Cristina Teixeira Fonseca
Ronan Pereira Costa
Nicoly Aguiar
Rizia Doany Santos Lima
Severino Louzada Jacome
Dhannel Oliveiira da Silva
Vera Lúcia Lopes da Silva
Gilka Ferreira da Cunha Portes
Leane de Souza Barros
Elisabeth da Silva Damasceno
Luma de Melo Garcia
Michelle Cristinne Evangelista Paiva
Mayzza Campina
Cristiany Barbosa Castro

VERIFICADO E APROVADO

Anapaula Miranda de Paula
Raquel Marques Soares Santana

DEDICATÓRIA

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

E são para esses profissionais que exercem a mais bela das artes, que dedicamos o Manual de normas, rotinas e protocolos de enfermagem do Estado do Tocantins, protocolo esse, que foi construído em conjunto entre representantes da SES, coordenadores, diretores e profissionais de enfermagem que atuam nas 18 unidades hospitalares sob gestão estadual.

Esse manual serve para padronizar as práticas de cuidado, a luz da evidência científica, qualificando os serviços e principalmente beneficiando o ator principal dentro de uma unidade hospitalar: O usuário do Sistema Único de Saúde.

Sem eles, os nossos usuários, não haveria SUS, não haveria profissionais, não haveria hospital, não haveria cuidado, não existiríamos.

E sem vocês enfermeiros e técnicos de enfermagem, nossos usuários jamais conheceriam a promoção, a recuperação, a reabilitação de sua saúde.

Luiz Edgar Leão Tolini
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO	6
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL.....	7
ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL.....	9
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.....	11
INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO	13
OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS	15
OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL	16
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA.....	18
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	20
BALANÇO HÍDRICO.....	22
NUTRIÇÃO POR GASTROSTOMIA	23
HIGIENE DO COURO CABELUDO	25
HIGIENE ÍNTIMA FEMININA.....	27
HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA.....	28
HIGIENE OCULAR.....	30
HIGIENE ORAL.....	31
SONDAGEM NASOENTÉRICA.....	33
SONDAGEM OROENTERAL.....	35
SONDAGEM NASOGÁSTRICA	37
COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA	38
LAVAGEM INTESTINAL.....	39
CURATIVO CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA	41
CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL COM FILME TRANSPARENTE.....	43
CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES	45
CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA.....	47
CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO.....	50
CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO.....	51
CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL).....	54
CURATIVO EM DRENO DE TÓRAX.....	57
CURATIVO EM MEMBRO COM ERISPELA BOLHOSA	58
CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA, SEM DRENO.....	60
LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS.....	62
CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)	63
CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE	65
CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO TUBULAR	67
CURATIVO EM GASTROSTOMIA	69
CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1.....	71
CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2.....	73
CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO NÃO ESTADIÁVEL	77
ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	79
CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL	82
RETIRADA DE PONTOS	84

CURATIVO EM TRAQUEOSTOMIA	85
REALIZAÇÃO DE CURATIVO DA INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA.....	87
REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE INFECTADO	89
REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM DRENO TUBULAR.....	91
ELETROCARDIOGRAMA	92
INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)	94
INSTALAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO.....	96
RETIRADA DE PONTOS COM CURATIVO	98
DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS SEMICRÍTICOS	99
LAVAGEM, SECAGEM E PREPARO DE ARTIGOS CRÍTICOS E SEMI-CRÍTICOS, CONVENCIONAIS E CANULADOS	102
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	103
PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL.....	108
REANIMAÇÃO CARDÍACA	112
PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PARA USO HOSPITALAR.....	117
PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMPLANTÁVEIS	118
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR.....	120
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA	122
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA.....	124
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL.....	126
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	128
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	129
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA.....	131
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	132
COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUÇÃO.....	133
NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL.....	135
PUNÇÃO VENOSA	136
TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS	138
COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS.....	140
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	141
TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES	142
ALTA.....	144
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.....	145
CUIDADOS NA TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	147
CURATIVO E TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	148
ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO	150
LIMPEZA DO RESERVATÓRIO DA INCUBADORA AQUECIDA	152
PRECAUÇÃO DE CONTATO - BÁSICA	153
PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS.....	154
PRECAUÇÕES DE GÓTICULAS PARA ISOLAMENTO	156
TRANSFERÊNCIA E ALTA DE RNS.....	158
TROCA DO FILTRO DE AR DA INCUBADORA AQUECIDA.....	159

ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO

1. OBJETIVO

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;
- Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **NT**-Norma técnica.
- **CCIH** -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar .
- **N/A**- Não se aplica.
- **SAE** – sistematização de Assistência de Enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fluxômetro.
- Inalador com medicações prescritas.
- Látex.
- Papel higiênico ou forro.
- Máscaras de inalação.
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo)
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Usar somente fluídos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem novamente utilizados em outro paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheragem no prontuário.

Registro na SAE

10. REFERENCIAS

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição -Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**.

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **NT** - Norma Técnica;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Oxigênio canalizado;
- 01 fluxômetro para oxigênio;
- 01 máscara facial de oxigênio;
- 01 frasco umidificador;
- 01 intermediário de silicone estéril;
- 01 frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 bandeja de aço inox;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 05 unidades de gaze estéril;
- 01 frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.
- 02 cotonetes ;
- 01 impresso para anotação de oxigênio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente no prontuário;

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH;
- Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do término e fluxo do oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material
- Higienizar caso seja necessário
- Verificar prescrição médica
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispnéia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências;

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

Registrar em SAE.

10. REFERENCIAS

BRUNNER,L.S.;SUDDARTH,D.S. **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica** . 12ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2012 V1,2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n.7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 31/07/2012.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**,Pág 04.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. **Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição -Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p

ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Sala amarela, sala vermelha, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de cuidados intermediários - UCI

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **EPI'S** - Equipamento de Proteção Individual;
- **NT CCIH** - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- **FIO²** - (Fração Inspirada de Oxigênio).
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O₂ e máscara de silicone – Ambú;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oxímetro de pulso (Se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme norma do Manual do SCIH/HGP;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo-a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como contaminada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO₂ até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e promoção à Saúde. **Manual de protocolos assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição- Palmas- Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETTINA, Sandra M. **Práticas De Enfermagem**. 9ª edição-Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2012.

REIS, Marco Antonio Soares. **III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica**. J Bras Pneumol. 2007.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 10ª Edição-Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **EPI'S** - Equipamento de Proteção Individual.
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado á rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI'S (máscara, gorro, Óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH/HGP;
- Colocar os EPI'S;
- Reunir todo o material;

- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex á fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi - rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, ao término do procedimento lavar novamente toda a extensão;
- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.
- Retirar EPI'S;
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH/HGP;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar;

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente

10. REFERENCIAS

NETTINA, Sandra M. **Práticas De Enfermagem**.7ª edição-Rio de janeiro editora Guanabara Koogan,2003.

REIS, Marco Antônio Soares. **III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica**. J Bras Pneumol.2007.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p.

INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **NT CCIH** (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
- 01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 almotolia com álcool a 70%;
- 01 caneta;
- 01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP
- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfecção do sensor com algodãoumedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sitio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz- um em oposição ao outro.
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica; Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oxímetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;
- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP

- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

6. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

10. REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lein.7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalfcofen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.**Fundamentos de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2004.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBEC. **Práticas Recomendadas- SOBECC** 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem**. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, NT 01**.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **NT CCIH** - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- **EPI's** - (Equipamento de Proteção Individual).
- **N/A** – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;

Checar a identificação do paciente no leito;

Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;

Higienizar as mãos norma da CCIH/HGP;

Separar e preparar os materiais;

Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;

Colocar os EPI'S;

Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;

Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;

Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;

Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;

Abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;

Colocar o paciente em posição segura e confortável;

Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 l/min. Conforme prescrito;

Higienizar as mãos;

Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;

Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;

Reunir todo o material, organizar o leito;

Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10. REFERENCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**.9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2012 V.1, 2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n.7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 31/07/2012.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág. 04.

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição – Palmas - Tocantins: Editora Grafset, 2009.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva;

- Umidificador;
- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;
- Calçar luvas;
- Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;
- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;
- Retirar as luvas;
- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário, com letra legível.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Observar o paciente durante o tratamento;
- Trocar o cateter nasal a cada 24 horas;
- Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10. REFERENCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição -Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**,Pág 04

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico ou complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada;
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- **NE** - Nutrição Enteral;
- **NT** - Norma de Trabalho
- **OBS** - Observação;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco de dieta prescrita;
- 01 equipo para dieta enteral;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora;
- 01 Conector intermediário para equipo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Identificar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme Manual da SCIH/HGP 2011-2013 pág. 04;
- Confirmar paciente;
- Manter o paciente em decúbito dorsal 30°- 40° (essa posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva, facilitando a manipulação da sonda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda.
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito, data e hora da manipulação;
- Verificar se a bolsa de Nutrição Enteral encontra-se em temperatura ambiente, antes de administrá-la, para evitar cólica abdominal.
- Verificar aspecto, coloração, validade da dieta enteral e se o frasco continua íntegro.
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Abrir a válvula reguladora da sonda, deixando-a fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
- Fechar a válvula reguladora;
- Adaptar o equipo a extremidade da sonda.

- Colocar o paciente em posição
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão, programá-la conforme prescrito;
- Abrir válvula reguladora e iniciar a dieta;
- Realizar controle da infusão;
- Após a interrupção da dieta, desconectar o equipo do frasco e conectá-lo ao da água, deixando fluir por toda sua extensão, lavando o equipo antes de instalar a próxima dieta;
- Após desconectar o equipo da sonda, fechar a mesma e proteger a extremidade do equipo com a própria tampa;
- Atenção: Ao prazo de validade identificado no frasco da dieta, antes, durante e após instalação.
- Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade organizada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme Manual do CCIH;
- Anotar, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o paciente em decúbito dorsal entre 30°- 40° durante administração da dieta.
- Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, auscultar e tentar desobstruir, caso contrário re-passar nova sonda, ausculta e solicitar ao médico o pedido de um novo Raio X, para confirmar o posicionamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem e fazer as anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume infundido.

10. REFERENCIAS

ANVISA – **Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral** RDC 63/2000.

Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN** n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Acessado em: 16/09/15.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de Recomendações para Prevenção das Infecções Hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e promoção à Saúde. **Manual de Protocolos Assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins**. 2ª Edição – Palmas - Tocantins: Editora Grafset, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

1. OBJETIVO

- Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea;
- Suprir as necessidades de nutricionais do paciente de forma segura e eficiente.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- UCIN;
- Unidade de Tratamento de Queimaduras e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- **NPT** – Nutrição Parenteral Total;
- **NT** - Norma de Trabalho;
- **OBS** - Observação;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco/ Bolsa de dieta prescrita;
- Equipo fotossensível de bomba de infusão;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Solicitar na farmácia a retirada da bolsa de nutrição parenteral da geladeira e mantê-la em ar ambiente;
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Aguardar a bolsa de nutrição parenteral atingir a temperatura ambiente antes de administrar no paciente;
- Conferir no rótulo da dieta Parenteral o nome do paciente, número de leito, data, hora da manipulação, composição e volume;
- Verificar integridade da bolsa de dieta parenteral, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos conforme Manual da CCIH/HGP 2011-2013 pág. 04;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a desinfecção dos conectores do acesso venoso;
- Verificar e testar se o acesso está pervingo.

- Adaptar o equipo a bolsa da dieta, deixando-o fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo, em seguida fechar a válvula reguladora;
- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica.
- Instalar imediatamente o equipo ao dispositivo intravenoso (PICC, cateter umbilical, flebotomia ou acesso venoso central) e mantê-lo exclusivo para dieta parenteral.
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo em bomba de infusão, abrir a válvula reguladora e iniciar dieta;
- Sendo infusão contínua: verificar a cada 2 horas e anotar o volume infundido no prontuário do paciente ou na ficha de balanço hídrico;
- Após o término da dieta, desconectar o equipo do dispositivo intravenoso e descartar junto com a bolsa da dieta vazia;
- Proteger a extremidade do dispositivo intravenoso com a própria tampa;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;
- Anotar, assinar e carimbar;
- Trocar curativo do local conforme protocolo da Comissão de Curativos do HGP.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A NPT deverá ser infundida exclusivamente por cateter venoso central em via exclusiva;
- Observar a infusão da NPT constantemente;
- Observar parâmetros vitais durante e/ou após a administração da NPT.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem, fazer as anotações e evoluções de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e registrar intercorrências. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à “Ganhos”.

10. REFERENCIAS

ANVISA – **Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral** RDC 63/2000.

Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN** n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de Recomendações para Prevenção das Infecções Hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e promoção à Saúde. **Manual de Protocolos Assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins**. 2ª Edição – Palmas - Tocantins: Editora Grafset, 2009.

BALANÇO HÍDRICO

1. OBJETIVO

Controle da ingestão e eliminações diárias do paciente mantendo o equilíbrio hídrico no organismo.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica,
- UTI Pediátrica,
- UCI;
- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BH – BALANÇO HÍDRICO;
- SNE – SONDA NASOENTÉRICA;
- SOE – SONDA OROENTÉRICA;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Formulário específico para Balanço Hídrico;
- Caneta;
- Bandeja
- Frasco graduado;
- Comadres e ou Papagaio,
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O controle de balanço hídrico é um procedimento muito importante no acompanhamento de um paciente crítico, pois ele é o processo que mede a ingestão e eliminação de líquidos do paciente, sendo um dos fatores de prevenção a outras patologias.

BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h).

BH total – realizado a cada 24 horas.

BH positivo (+): quando o total administrado for maior que o total eliminado.

BH negativo (-): quando o total eliminado for maior que o total administrado.

- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- O paciente deve ser pesado diariamente, no mesmo horário, com a mesma vestimenta sempre que possível;
- Todos os registros para o BH são feitos em formulário próprio, no qual devem constar as identificações do paciente como: Nome número do leito, data e hora;
- Registrar todos os volumes ofertados e/ou administrados por SNE/SOE, via oral ou parenteral, hemoderivados, em local apropriado com a identificação das infusões e/ou ofertas e registrar todos os volumes eliminados como diurese, vômito, fezes e drenagem de sondas e drenos (todas as perdas devem ser medidas o volume);
- Calçar luvas de procedimentos;
- Pesar fraldas antes de colocar no paciente e depois quando retirar;
- Perdas no leito (urina, fezes, sangramento, vômitos) devem ser debitadas, no adulto com valores de

no mínimo 10 ml, quando as fezes forem normais medir com cruces: (+) pequena quantidade, (++) média quantidade, (+++) grande quantidade;

- Quando tiver suspenso alguma infusão a ser administrada (dieta, soro, medicação, encaminhamento para cirurgia etc.) a mesma deve ser registrada no formulário;
- Ver saldos das infusões contínuas e zerar as bombas de infusão identificando o volume infundido nos frascos de soro;
- Fazer o BH parcial: no final de cada turno de 06 horas. Somando os valores administrados e eliminados no final de cada período 12h;
- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total saídas.

6. PERIODICIDADE

- BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h);
- BH total – realizado a cada 24 horas.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total de saídas.
- O balanço hídrico deve ser fechado pelo técnico de enfermagem e também pelo enfermeiro para que, seja realizada a dupla conferencia.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Realizar as anotações de enfermagem a registrar os volumes em Formulário específico para Balanço Hídrico;
- Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

10. REFERENCIAS

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, NT 01.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n.7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalfcofen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009

NUTRIÇÃO POR GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Oferecer suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de cuidados intermediários;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro;
- Unidades de Internação etc.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BIC - Bomba de Infusão Contínua;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco com dieta prescrita;
- Equipo de soro ou equipo para bomba de infusão;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco com água filtrada;
- Luva de procedimento

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Realizar higienização das mãos conforme norma técnica do CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Verificar se a bolsa de nutrição enteral encontra-se em temperatura ambiente antes de administrá-la no paciente; caso contrário, aguardar atingir temperatura adequada;
- Verificar integridade da bolsa de dieta, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Acomodar o paciente mantê-lo em decúbito dorsal cabeceira 45° garantido que o paciente esteja com a cabeceira elevada, medida importante para evitar refluxo gastro - esofágico;
- Avaliar o local da gastrostomia quanto a presença de desgaste, irritação ou drenagem e sinais fisiológicos.
- Calçar as luvas;
- No caso de administração por bomba infusora, ajuste a bomba e o tempo de infusão, conforme prescrições da nutricionista ou do médico;
- Examine a sonda de gastrostomia, procurando bloqueios que impeçam o fluxo do líquido a ser infundido;
- Feche a pinça e conecte o equipo da bomba ou a seringa a sonda;
- Abra a pinça e inicie a alimentação, no caso de administração de dieta pela seringa, faça-o na vazão de 5 ml a cada 30 segundos, repetindo esta operação até o esgotamento do volume da refeição;
- Ao término da alimentação, desconecte o tubo e infunda 50 ml de água, como no início do procedimento;
- Programar o gotejamento da dieta na BIC, conforme a prescrição da equipe de nutrição e/ou médica;
- Após a passagem de dieta lavar a sonda;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar a unidade organizada;
- Registrar no prontuário ou no formulário de balanço hídrico o volume de dieta infundido de acordo com a rotina de cada setor (ex: 2/2 h, 6/6h);

- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Comprimidos devem ser macerados individualmente, em água filtrada ou mineral e administrados e NUNCA devem ser administrados com a dieta. O CG (Cateter de Gastrostomia) deve ser lavado com 30mL após a administração dos medicamentos, a fim de evitar resíduos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Fazer a checagem e realizar as anotações de enfermagem, registrar os volumes infundidos, se houve ou não alguma intercorrência como diarreias, vômitos etc.

10. REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n.7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.**Fundamentos de Enfermagem**.5ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.2009.

SOBECC. **Práticas Recomendadas** - SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem**. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, NT 01.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e enteral

HIGIENE DO COURO CABELUDO

1. OBJETIVO

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo;
- Bacia com água morna;
- Balde;
- Sabão neutro ou Xampu;
- Pente;
- Um lençol ou toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável ou Saco plástico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Retirar o travesseiro;
- Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;
- Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro servidor;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;
- Secar bem com o lençol ou toalha;
- Retirar o algodão dos ouvidos;
- Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;
- Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar no prontuário e Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Ao realizar o banho.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

9. REGISTRO(S)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como: lesões, presença de parasitas, hiperemias, lesão por pressão, comunique o enfermeiro.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo:
- Uma jarra
- Luvas de procedimento
- Avental impermeável
- Sabão neutro
- Água morna
- Saco de lixo
- Comadre
- Gaze
- Hamper
- Biombo
- Lençol ou cueiro (para forro)
- Luva para banho ou compressas limpas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero-posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;
- Colocar o material usado, no hamper;

- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição -Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Jarra;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Gaze;

- Forro;
- Biombo;
- Hamper ;
- Luvas de procedimentos;
- Avental impermeável;
- Comadre.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Se apresentar ao paciente,
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glândula e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na região genital comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

HIGIENE OCULAR

1. OBJETIVO

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Água;
- Gazes não estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Apresentar-se;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou água;
- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher os materiais;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

HIGIENE ORAL

1. OBJETIVO

- Reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e Hidratar os tecidos intra e peribucal;
- Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **S/N** – Se necessário;
- **RN** – Recém Nascido.
- **N/A** – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja contendo:
- Solução anti - séptica ou solução bicarbonatada ou água destilada (para RN) / creme dental;
- Lubrificante para os lábios S/N;
- Copo com água e canudo S/N;
- Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);
- Cânula de Guedel S/N;
- Forro ou toalha;
- Aspirador montado;
- Sonda de aspiração;
- Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;
- Luva de procedimento;

- Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção)
- Máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal (45°);
- Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;
- Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em solução antisséptica ou água;
- Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;
- Enxugar os lábios e hidratá-los;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas, a máscara e o óculos;
- Lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Diária, após as refeições ou de acordo com a prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;
- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

SONDAGEM NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **SNE** - Sondagem nasoentérica.
- **CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- **N/A** – Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);
- Gazes;
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Lubrificante (Xilocaina gel);
- Água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo da CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;;
- Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;
- Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contra-indicado. Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Calçar as luvas;
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide)
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E).
- Proteja o tórax com papel toalha.
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter)
- Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada).
- Reintroduza o fio guia na sonda.
- Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze.
- Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax.
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote.

- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a pela epiglote.
- Retorne a cabeça para a posição ereta.
- Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca.
- Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sonda e ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);
- Abaixee a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível).
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente.
- Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque.
- Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade.
- Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.
- Retire as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção.
- Deixe o paciente confortável.
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Durante a introdução não force a sonda se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe-a para trás;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso.
- Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.
- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezará-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.**Fundamentos de Enfermagem.** 8ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**.

SONDAGEM OROENTERAL

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **SOE** - Sondagem Oroenteral;
- **CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda enteral (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler 45°;
- Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gazes;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;

- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na cavidade oral;
- Pedir para o paciente deglutir;
- Introduzir o cateter até a marcação;
- Testar o posicionamento do cateter;
- Proceder com a fixação do cateter;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Solicitar à equipe médica RX de controle enteral;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oroenteral deve-se puxá-la lentamente. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Prontuário Médico.

10. REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A. 2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. OBJETIVO

Descomprimir o estômago, drenar líquidos intra-gástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnosticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **SNG** – Sonda Nasogástrica;
- **SOG** - Sonda Orogástrica;
- **AD** - Água Destilada;
- **CCIH** – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;
- **N/A** – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Gástrica (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme protocolo CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45° (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide (+ até 3 cm abaixo do apêndice xifóide no adulto);
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter).
- Lubrificar a sonda;
- Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e deglutir várias vezes;
- Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;
- Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apnéia;
- Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;
- Posicionar a sonda corretamente;
- Deixar a sonda aberta, se prescrito;
- Anotar secreção drenada se houver;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica, não excedendo o período de 5 meses.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezará-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A. 2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

NETINA, S. M.; **Prática de enfermagem**. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA

1. OBJETIVO

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **N/A** – não se aplica.
- **SAE** – sistematização da assistência de enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco estéril;
- Sabão neutro;
- Cuba rim esterilizada;
- Etiqueta do paciente;
- Luva esterilizada e de procedimento;
- Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados)

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realização de COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA
- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
- Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;
- Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);
- Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;
- Calçar luvas estéreis;
- Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Rotular o frasco;
- Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;
- Realizar registro de enfermagem na folha de controle;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com solicitação médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidade necessária de urina para o exame,
- Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier, Rio de Janeiro, 8ª edição, 2013.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**.

LAVAGEM INTESTINAL

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos ou evitar distensão abdominal.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **OBS** – Observação.
- **RN** – Recém Nascido.
- **N/A** – Não se Aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Solução prescrita;
- Impermeável, forro e fralda (crianças);
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir prescrição médica;
- Reunir o material e coloca-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;
- Lavar as mãos;
- Conectar o equipo no frasco de solução;
- Retirar o ar do equipo;
- Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
- Colocar a comadre sobre o leito;
- Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal.
- Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;
- Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expelir o ar;
- Colocar a máscara e calçar as luvas;
- Lubrificar a ponta da sonda retal;
- Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;
- Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;
- Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm.

OBS: Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.

- Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
- Fechar a pinça e retirar a sonda;
- Desprezar a sonda em local adequado após envolve-la em papel higiênico;
- Aconselhar o paciente a reter a solução;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;
- Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;

- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
- Retirar as luvas;
- Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;
- Monitorar sinais vitais;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;
- Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ou substituí-la, se estiver obstruído;
- Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Em prontuário e SAE, após término do procedimento.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier, Rio de Janeiro, 2005, p. 1390-1440.

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

CURATIVO CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P = data da punção;
- T = data da troca do curativo, Número do Abocath;

- AB nº XX e NOME Número do Abocath do profissional que realizou o curativo
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja
- Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Solução alcoólica a 70%;
- Caneta;
- Kit material para curativo estéril;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- Esparadrapo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antisepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Fixar o cateter com fita microporosa hipoalergênica ou esparadrapo, conforme as condições da pele do paciente;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo, Número do Abocath AB nº XX e NOME do profissional que realizou o curativo (fig. 1);
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição.

6. PERIODICIDADE

Todos os setores.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro.
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem , auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014;

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

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL COM FILME TRANSPARENTE

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **P** - data da punção;
- **T** - data da troca do curativo e nome do profissional;
- **PICC** - Cateter de Inserção Periférica Central;
- **N/A** – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Caneta;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Filme transparente;
- Luvas de procedimento;
- 01 Avental de mangas longas;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9%, inicie pelo sítio de inserção do cateter ampliando o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antisepsia, inicie pelo sítio de inserção do cateter, ampliando o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Remover papel protetor, posicionar a parte do curativo composta de película sobre a pele do paciente deixando o sítio de inserção do cateter centralizado;
- Remover o restante dos papéis protetores e molde a película ao redor do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita, após aplicado o filme transparente no sítio de inserção;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o ambiente em ordem
- Realizar as anotações no prontuário do paciente
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem
- Na presença de sujidades, sangramentos, sinais flogísticos ou quando o filme estiver úmido, solto ou com a integridade comprometida, comunicar o enfermeiro
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril
- Em caso de falta do filme transparente e/ou quando o cateter estive posicionado na região de jugular, realizar o curativo simples

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, o procedimento deverá ser registrado em prontuário.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014;

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

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.
POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **P** = data da punção;
- **T** = data da troca do curativo e nome do profissional;
- **PICC**= Cateter de Inserção Periférica Central.
- **N/A** – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antisepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo.
- Deixar secar espontaneamente;
- Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional (fig. 1);
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;
- Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;
- Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC(-Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia);

8. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro;
- Executantes: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

PROCOLOS DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HGP/ PROCOLOS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

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

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. **Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção;
- Otimizar o processo de cicatrização.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 100 ml Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Tesoura;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Fazer chumaço de gaze com auxílio da pinça Kelly;
- Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Proceder a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;
- Lavar a ferida abundantemente com soro fisiológico a 0,9%.e fricção com gaze em rolamento.
- Repetir a limpeza até as gazes saírem limpas;
- Secar o centro e as bordas da ferida;
- Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;
- Cobrir as gazes com a fita microporosa hipoalérgica;
- Identificar o curativo com DATA e HORA da troca do curativo e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;

- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

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

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras**, 3ª. ed., São Paulo: Atheneu, 2008.

GEOVANINI, T; OLIVEIRA JR,A.G. **Manual de Curativos**, 2ª. ed., São Paulo: Editora Corpus, 2009.

JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**, 1ª. ed., São Paulo: Atheneu, 2005.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasil: Brasília, 2013.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- SF 0,9 % 100 ML
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Caneta;
- Curativo específico;
- 01 Algoritmo A04;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar máscara descartável e gorro
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de soro fisiológicos e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;

- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo anexo A04;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Retirar máscara descartável;
- Higienizar as mãos ;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERENCIAS

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

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento**. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 02 par Luvas de procedimento;
- 01 Curativo específico;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Algoritmo;
- 01 Algoritmo;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar soro fisiológico na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida;
- Observar a característica da lesão e exsudato;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos
- Manter o ambiente em ordem;

- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

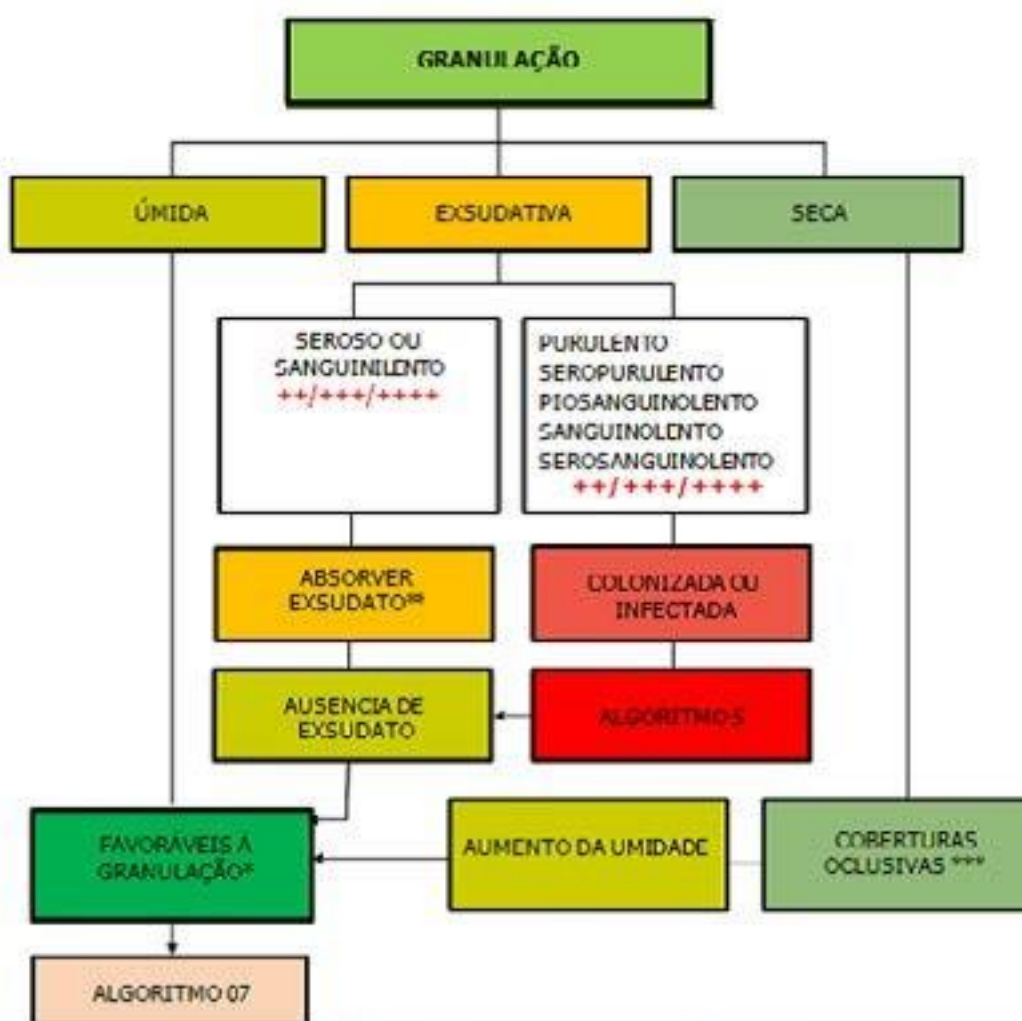
Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

A06

Sistematização da Assistência de Enfermagem à Pessoa com Feridas
ALGORITMO DE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

FAVORÁVEIS A GRANULAÇÃO *	ABSORVER EXSUDATO **	COBERTURAS OCLUSIVAS ***
- Gaze não aderente - Gaze umedecida com S ^o 0,9% - AGE (saturação ou cada 24h) - Hidrogel (cada 3 dias ou menos conforme saturação) - Hidrocolóide (3 dias a 7 dias ou conforme saturação) - Filmes - Ringier Simplex	- Hidropolímico - Hidrofibra - Colágeno - Alginato de sódio/cálcio - Carvão ativado - Filmes - Espumas de poliuretano - Fibra de carboximetilcelulose * trocar se saturado ou máximo 7 dias	- Gaze não aderente - Gaze umedecida com S ^o 0,9 - AGE (saturação ou cada 24h) - Hidrogel (cada 3 dias ou menos conforme saturação) - Hidrocolóide (3 dias a 7 dias ou uniforme saturação) - Filmes - Ringier Simplex

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar ação em prontuário.

10. REFERENCIAS

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

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento**. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL)

1. OBJETIVO

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPI Degermante e Álcool 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;

- Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;
- Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Observar o sítio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;
- Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;
- Utilizar gazes umedecidas com ALCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ao redor, em movimentos circulares;
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a desinfecção da bifurcação do dispositivo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR o Álcool 70%;
- Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);
- Posicionar o cateter de forma que não o dobre;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;
- Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfuro-cortante em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim E Dia Não);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);
- Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEN - SUSPEITA DE INFECÇÃO:

- Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite.
- Presença de eritema, edema e dor que se estende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL.
- Presença de hipertermia sem outro foco.

CUIDADOS COM O CATETER DE DÚPLO LÚMEM:

- Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;

- Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfetando as vias com álcool).
- Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter).
- Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido.
- Sempre anotar as características do óstio de inserção após as trocas de curativo.
- Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;
- Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;
- Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saída, prevenindo a bacteremia;
- Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;
- Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção do dreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;
- Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE CATÉTER DUPLO LÚMEN:

- Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo.
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico).
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve ser imediatamente comunicado.
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

ANVISA. **Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços.** Agosto de 2010.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional.** Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas - 2011-2013.** Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM DRENO DE TÓRAX

1. OBJETIVO

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações, e tração do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico
- **N/A** – Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5% (1ª opção) ou álcool a 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);
- Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ALCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;

- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM MEMBRO COM ERISPELA BOLHOSA

1. OBJETIVO

Promover a limpeza, o conforto, a redução da algia e edema, favorecer a cicatrização e a avaliação da evolução da ferida.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- AGE: Ácido Graxo Essencial;
- EPI: Equipamentos de proteção individual;
- HGP: Hospital Geral de Palmas;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Bacia estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- AGE (Ácidos Graxos Essenciais);
- Gazes estéreis;
- Atadura estéril;
- Esparadrapo;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Opção 01: Diluir 1 comprimido de Permanganato de Potássio em 4 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.
- Opção 02: Diluir meio comprimido de Permanganato de Potássio em 2 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.
 1. Lavar as mãos;
 2. Realizar desinfecção da bandeja;
 3. Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
 4. Orientar o paciente sobre o procedimento;
 5. Lavar as mãos;
 6. Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
 7. Retirar as luvas de procedimento e calçar as luvas estéreis;
 8. Lavar o membro acometido na bacia com a solução já preparada;
 9. Retirar o excesso da solução de permanganato de sódio, presente no membro, com água destilada;
 10. Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
 11. Ocluir o membro com gazes umedecidas com AGE;
 12. Enfaixar o membro no sentido tornozelo à coxa e fixar com esparadrapo;
 13. Identificar o curativo;
 14. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
 15. Lavar as mãos;
 16. Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o procedimento duas (02) vezes ao dia, diariamente;
- Em caso de necrose no tecido, comunicar o médico responsável e solicitar parecer para a Comissão de Curativos, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A bacia deve ser estéril para evitar contaminação cruzada. O membro acometido pela erisipela deve ser limpo com a solução descrita acima;
- Se houver ferida aberta, presença de necrose, não precisa usar esta solução.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

PINTO, Et Al . **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão**. Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário São Pedro- RJ, 2011.

CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA, SEM DRENO

1. OBJETIVO

Realizar limpeza de uma ferida cirúrgica, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **FC** - Ferida Cirúrgica;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: Touca, máscara;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos
- Realizar desinfecção da bandeja
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4)
- Orientar o paciente sobre o procedimento
- Lavar as mãos

- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente
- Avaliar a ferida operatória observando a união das bordas, hiperemia ou drenagem de exsudato
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com prontosan em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido
- Deixar gazes umedecidas com prontosan sobre a ferida por no mínimo 5 minutos e no máximo 15
- Secar se necessário
- Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
- Ocluir a ferida operatória com gazes estéreis secas e fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o curativo em FC nas 24 horas após a cirurgia;
- Realizar o curativo diariamente, somente em caso de drenagem de exsudato.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O primeiro curativo e a primeira avaliação devem ser realizados cuidadosamente nas 24 horas após a cirurgia;
- Ao retirar o curativo, se FC estiver limpa e seca, deixá-la descoberta.;
- O curativo oclusivo pode ser necessário quando houver a drenagem de exsudato pela ferida;
- As características do exsudato devem ser registradas (odor, coloração, espessura, quantidade).

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

SILVESTRE, et Al. **Protocolo para Prevenção e Tratamento de Feridas Agudas e Crônicas**. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 2011. Acesso em 20/04/2015, disponível em <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman...>.

LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS

1. OBJETIVO

Limpar as feridas neoplásicas, reduzindo o odor fétido, promovendo melhor bem estar ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **AGE** - Ácidos Graxos Essenciais;
- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Seringa de 20 ml estéril;
- Lamina estéril;
- Gazes estéreis;
- Acochoados (se necessários);
- Ataduras (se necessário);
- Saco de lixo branco;
- Esparadrapo ou micropore;
- Se a ferida estiver com odor forte: 2 Comprimidos de Metronidazol diluídos em 1 frasco de 250 ml de SF 0,9%;
- Cobertura adequada;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento, se o mesmo estiver consciente;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução, macerando os comprimidos de Metronidazol, diluindo-os no frasco de Soro Fisiológico (que deve ser cortado com lamina estéril anteriormente). Com o auxílio de uma seringa de 20 ml, a ferida será irrigada com esta solução;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calçar as luvas estéreis;
- Umedecer a ferida com o soro fisiológico 0,9% e retirar as gazes aderidas ao leito da ferida com luva estéril ou pinças estéreis;
- Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico a jato abundantemente;
- Observar o ODOR da ferida e a CARACTERÍSTICA do exsudato da ferida:
- - Se a lesão estiver com ODOR, preparar os comprimidos de metronidazol no SF -macerar os com-

primidos, abrir o frasco do SF com lâmina e colocar os comprimidos dentro. Utilizar a seringa de 20 ml para limpar a ferida;

- Aplicar a cobertura escolhida, adequada à lesão. Geralmente usasse óleo mineral para oclusão;
- Ocluir adequadamente e identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Geralmente deverá ocorrer a troca duas (02) vezes ao dia, porém, se a ferida estiver úmida, trocar mais vezes, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não utilizar nas feridas neoplásicas: AGE e coberturas desbridantes (papaína, colagenase, derivados do iodo).

Não é indicado o uso de metronidazol em solução endovenosa. A solução de soro com os comprimidos deve ser preparado no momento da realização do curativo, especificamente para feridas neoplásicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção), e tipo de cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

SILVA, K.R.M.; BONTEMPO, P.S.M.; REIS, P.E.D.; VASQUES, C.I.; GOMES, I.R.; SIMINO, G.P.R. **Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: Relato de casos**. Rev. Brasileira de Cancerologia 2015; 61 (4): 373-379.

CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)

1. OBJETIVO

Evitar infecção na ferida operatória e complicações, além da tração do cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª opção);
- Fita microporosa ou esparadrapo ou atadura;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente e ao acompanhante se o paciente estiver consciente;
- Posicionar o paciente em posição que facilite a exposição do membro com o cateter;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo que estava anteriormente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar a ferida operatória quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato purulento;
- Observar se há presença de exsudato nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de exsudato serossanguinolento é normal);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umedificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti - sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o usar o álcool 70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de realizar a desinfecção da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com CLOREXIDINA 0,5% ALCOÓLICA e, na falta desta, usar o álcool 70%.
- Ao ocluir cuidar para não dobrar e nem tracionar o cateter;
- Identificar o curativo com data, horário e o nome do profissional que realizou;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Retirar luvas;
- Encaminhar o lixo ao expurgo; organizar os materiais e limpar bandeja;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo a característica da ferida, a permeabilidade do cateter, citando se existe ou não a presença de sinais flogísticos.

6. PERIODICIDADE

- TROCA: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Ao observar drenagem de exsudato do óstio ou outros sinais, como: hiperemia, dor, edema, no local, deve-se registrar no prontuário e comunicar o fato ao médico responsável pelo paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

ANVISA. **Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea**. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar a tração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;

- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno de penrouse com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- DRENO COM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza da pele Peri-dreno (ao redor do dreno) com SF, instalar a bolsa coletora, evitando manusear ou dobrar o dreno;
- DRENO SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza, instalar gazes estéreis entre o dreno e a pele e em cima do óstio, fixando e ocluindo com fita microporosa. Identificar o curativo.
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o lixo em saco contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário: anotando quantidade de exsudato, características do líquido, odor, coloração e espessura.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. **Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares**. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar a tração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;

- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno tubular com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- Terminar de ocluir a FO e, posteriormente, instalar a bolsa coletora para anotação do débito, verificando adequadamente a aderência da bolsa à pele;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. **Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares**. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações e tração da sonda.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não de aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (presença de secreção verde, pode indicar a drenagem de suco gástrico);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima da sonda, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Fixar a sonda com um pedaço de fita microporosa, principalmente se a sonda for a Foley;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;

- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento da sonda e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.
- Deve-se trocar quando molhar ou estiver sujo.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão da sonda, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA SONDA:

- Antes de manipular a sonda, lavar bem as mãos;
- Evitar tracionar a sonda ou empurrá-la para dentro da barriga;
- Observar a pele ao redor da sonda diariamente. Registrar no prontuário e avisar ao médico responsável em caso de pele vermelha ou saída de secreção pela abertura na pele;
- Solicitar a Comissão de curativos em caso de complicações, se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SANTOS, V. L. C. G.; Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostromizado. Editora Atheneu, 2000.

CESARETTI, I. U. R.; PAULA, M. A. B. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 1: Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado digito pressão. Tal fato ocorre sobre proeminência óssea.

As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.



Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.

AGE: Ácidos Graxos Essenciais;

EPI: Equipamentos de proteção individual;

HGP: Hospital Geral de Palmas;

LPP: Lesão por Pressão;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;
- AGE;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os matérias (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1, instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho ade-

quado;

- Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

6. PERIODICIDADE

- Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;
- Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duas vezes ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3º ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. **Nova Classificação das Lesões por Pressão**, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 2: Ferida já aberta com perda parcial da pele. Apresenta-se como uma úlcera superficial com o leito vermelho pálido, ou bolha que pode estar rompida ou intacta.



Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.

AGE: Ácidos Graxos Essenciais

EPI: Equipamentos de proteção individual

HGP: Hospital Geral de Palmas

LPP: Lesão por Pressão;

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Gazes esterilizadas;
- AGE;
- Micropore ou esparadrapo;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;

- Retire as luvas de procedimento e calce luvas estéreis para a manipulação do leito da ferida;
- Realize a limpeza com Soro Fisiológico 0,9% a jato, passando gazes úmidas com o SF no leito da lesão, seguindo o mesmo sentido;
- Ocluir a lesão com gazes úmidas com AGE, fechando com microcore ou esparadrapo;
- Identificar o curativo;
- Retirar as luvas e encaminhar o material utilizado e o lixo ao expurgo;
- Registrar no prontuário o procedimento, a cobertura utilizada e as características da lesão e região anatômica;
- Prescrever curativo duas vezes ao dia ou de acordo com a situação clínica do paciente.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3º ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. **Nova Classificação das Lesões por Pressão**, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO III

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 3: Lesão da pele em sua espessura total. Podem existir túneis, solapamento, com ou sem necrose. Essa fase é muito confundida com o estágio IV, mas nessa fase não temos a visualização de tecido muscular.

A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de músculos, tendão e osso. Fibrina pode ou não estar presente, mas sem prejudicar a identificação da profundidade. Pode incluir descolamento e túneis.

A profundidade da UPP estágio 3 pode variar. Lesões em orelha, asa do nariz, maléolos e região occipital geralmente são rasas porque a camada de tecido subcutâneo nessas áreas é estreita.



Fonte: Arquivo interno Comissão de Curativos HGP.

AGE - Ácidos Graxos Essenciais

EPI - Equipamentos de proteção individual

HGP - Hospital Geral de Palmas

LPP - Lesão por Pressão;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);
- Gazes esterilizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e cobertura utilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia.
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;
- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- Solicitar parecer para a Comissão de Curativos se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3º ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandel-

baum, MSN Idevania Geraldina Costa. **Nova Classificação das Lesões por Pressão**, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO NÃO ESTADIÁVEL

1. OBJETIVO

Evitar infecção secundária, promover conforto ao paciente e preparar a ferida para possível desbridamento mecânico ou cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP NÃO ESTADIÁVEL: Lesão identificada e visualizada por necrose em 100% de sua área. Pode se apresentar na cor preta ou amarelada.



Fonte: Arquivo internoFonte: Arquivo interno



Fonte: Arquivo interno

AGE - Ácidos Graxos Essenciais;

EPI - Equipamentos de proteção individual;

HGP - Hospital Geral de Palmas;

LPP - Lesão por Pressão;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Cobertura primária específica (dependendo dos tecidos presentes na ferida);
- Cobertura secundária: gazes estéreis e/ou acolchoado, compressa estéril (se necessário);
- Gazes esterilizadas;
- Fita microporosa ou esparadrapo (se necessário);
- Atadura estéril (dependendo da região anatômica);
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Com as luvas de procedimento, retire o curativo anterior;
- Avaliar a ferida, identificando os tecidos e avaliando a presença de necrose e infecção;
- Realizar a limpeza da ferida com SF abundantemente. Passando gazes estéreis úmidas com SF dentro da lesão a fim de retirar exsudato, corpos estranhos que podem estar presentes na ferida;
- Secar apenas as bordas da ferida, avaliando essa área adjacente;
- Avaliar os tecidos presentes na lesão a fim de escolher a cobertura adequada;
- Utilizar a cobertura primária de acordo com o tecido presente na lesão;
- Ocluir com a cobertura secundária
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Registrar no prontuário o procedimento, as características da LPP, região anatômica e cobertura utilizada;
- Prescrever o curativo de acordo com a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

- Realizar a troca duas vezes ao dia;
- Se o paciente apresentar alguma piora clínica ou intercorrência, realizar a troca somente uma vez ao dia e justificar nas anotações de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as Lesões por Pressão;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Escolher e utilizar a cobertura de acordo com o tecido prevalente;
- Não utilizar excesso de pomada na lesão;
- Solicitar parecer para a Comissão de Curativos se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3º ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomatoterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Dr^a Maria Helena Larcher Caliri, Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Dr^a Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. **Nova Classificação das Lesões por Pressão**, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1. OBJETIVO

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Fita microporosa;
- Cobertura indicada;
- Saco de lixo branco;

- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar as gazes em contato com o leito da ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;
- Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;
- Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a área próxima as bordas (área Peri-ferida);
- Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidirecional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;
- Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;
- Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;
- Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;
- Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura ou conduta da Comissão de Curativos ou do médico responsável pelo caso;
- Identificar o curativo;
- Organizar o material;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização das luvas NÃO substitui a lavagem das mãos;
- TODO curativo realizado em ambiente hospitalar deve ser realizado com técnica ESTÉRIL;
- Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;
- NÃO RETIRAR CURATIVOS COM LUVAS JÁ UTILIZADAS EM OUTROS PROCEDIMENTOS;
- As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesma luva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;
- Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, NÃO SE DEVE REAPROVEITAR AS MESMAS EM OUTRA FERIDA (para evitar contaminação cruzada);
- Quando o paciente tiver mais de uma ferida, NÃO ABRIR O CURATIVO COM AS LUVAS QUE REALIZOU O ÚLTIMO CURATIVO. Deve-se TROCAR DE LUVAS E REALIZAR A LAVAGEM DAS MÃOS OU DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL GEL entre uma ferida e outra;

- OS CARRINHOS DE CURATIVOS DEVEM SER HIGIENIZADOS ENTRE CADA PACIENTE ATENDIDO, PARA DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO CRUZADA, PRINCIPALMENTE EM LOCAIS COM MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES;
- MANTER NA PARTE SUPERIOR DOS CARRINHOS SOMENTE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CADA CURATIVO/PACIENTE;
- MATERIAL ACONDICIONADO NO CARRINHO DEVE SER MANIPULADO SEM LUVAS;
- ALMOTOLIAS: troca de soluções conforme orientação da SCIH;
- NÃO POSICIONAR BANDEJA OU MATERIAS DE CURATIVOS NO LEITO DO PACIENTE;
- OBRIGATÓRIA A DESINFECÇÃO DA MESA DE MAYO / CARRINHO ENTRE UM PACIENTE E OUTRO;
- Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;
- O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

LEVIN, A.S.S; et al. **Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares**. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

Evitar infecções no local de inserção do cateter e as complicações da disseminação de micro-organismos para a corrente sanguínea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - máscara, gorro, óculos;
- Luvas de Procedimento;
- Luva Estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Gaze Estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção) ou ÁLCOOL 70% (2º Opção);
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente para não tracionar o cateter;
- Observar o sítio de inserção, identificando sinais de infecção e presença de exsudato;
- Avaliar também a área Peri-inserção, procurando dermatites, irritações e traumas na pele;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umedificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, usar o ÁLCOOL70%(2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore;
- Posteriormente, realizar a desinfecção da bifurcação (polifix e restante do cateter) com a solução escolhida;

- Por fim, coloque a identificação: Data, horário do procedimento e assinatura;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Recolher o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte dos perfuro cortantes em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do intra-cath, as condições do óstio de inserção e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- TROCA: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado)

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PROFUNDO:

- Diariamente, durante a troca de curativo, a inserção do cateter deve ser avaliada;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho de aspersão do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. Comunicar ao médico;
- Não utilizar cremes de antibióticos no sítio de inserção;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

OBSERVAÇÕES:

- Observar e registrar no prontuário, diariamente, o sítio de inserção a procura de sinais flogísticos;
- Em crianças, nas quais há maior perda de cateteres, a tomada de decisão deverá ser baseada nos riscos e benefícios da troca.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

ANVISA. Infecção de corrente sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010. Acesso em 16/04/2015.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SCIH. Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas - 2011-2013. Palmas- TO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon , 2011.

RETIRADA DE PONTOS

1. OBJETIVO

Realizar a padronização para a retirada de pontos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de Proteção Individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pacote estéril de curativo com pinças;
- Luvas de Procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9% 100 ml;
- Gazes e ataduras estéreis, se necessário;
- Lâmina estéril ou tesoura estéril;
- Saco de lixo Branco.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo;
- Realize a limpeza da incisão cirúrgica unidirecional, com SF 0,9% e com o auxílio de pinças;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, íntegro. Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique ao médico plantonista e anote no prontuário;
- Após o procedimento, realize um curativo oclusivo, somente se necessário.
- Recolher o material e organizar a sala;
- Registrar todo o procedimento no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Quando prescrito pelo médico.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Antes de retirar os pontos, observar a presença ou não dos sinais de infecção;
- Após a retirada de pontos, se a pele estiver bem íntegra, sem drenagem de exsudato, não será necessário curativo oclusivo. Caso contrario, realize a oclusão com gazes e atadura.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014.

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Promover a higiene e a integridade da traqueostomia, evitando também a infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **HGP** - Hospital Geral de Palmas;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 estéril;
- Gazes estéreis;
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;

- Preparar a bandeja com os materiais (item 4);
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar gazes em torno da TQT (traqueostomia);
- Retirar as luvas de procedimento. Avaliar a traqueostomia e pele adjacente, verificando a presença ou não de sinais flogísticos, secreções, etc.
- Organizar o material estéril;
- Calçar luvas estéreis;
- Limpar a região ao redor da TQT com gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%;
- Observar, novamente, o aspecto da TQT, da pele adjacente e a presença e características da secreção;
- Colocar gazes secas entre a cânula de TQT e a pele;
- Trocar o cadarço se estiver sujo;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar quando estiver molhado ou com sujidades.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERENCIAS

SCIH. **Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas** - 2011-2013. Palmas- TO.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. **Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DA INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Prevenir infecção do estoma.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não de aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja
- Luvas de procedimento
- 01 Caderço para fixação
- 01 Kit material de curativo Estéril
- 20 ml de Soro fisiológico (S.F.) 0,9%
- 01 pacote de Compressa não estéril
- 01 Óculos de proteção
- 01 Fita microporosa hipoalergênica
- 01 Máscara descartável
- 01 Avental de mangas longas

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;

- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

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

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasil: Brasília, 2013.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE INFECTADO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica. /Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 1 Bandeja
- 100 ml Água destilada;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 20 ml Clorexidine degermante 4%;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Agulha 30x08;
- 01 Algoritmo A05 – anexo 23;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;
- 01 Curativo específico

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente.;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar água destilada na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de água destilada com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Proceder a limpeza com clorexidine degermante 4%, lavando abundantemente com água destilada;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;

- Realizar a limpeza de fora para dentro e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da lesão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na ausência de clorexidina degermante, utilize PVPI degermante a 10%;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

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

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos.** APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento.** Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 20 ml Soro fisiológico(S.F.) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Solução alcoólica;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;
- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com

- esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

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

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos.** APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasil: Brasília, 2013.

ELETROCARDIOGRAMA

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para realização de ECG.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

ECG - Eletrocardiograma.

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pedido de ECG;
- Eletrocardiógrafo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto à recepção, conferir os dados do paciente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá ser feito;
- Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;
- Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;
- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc..
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto - adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Retirar eletrodos;
- Limpar o gel com papel toalha;
- Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

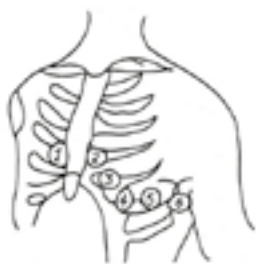
6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- V1 no 4º espaço intercostal, á direita do esterno;
- V2 no 4º espaço intercostal, á esquerda do esterno;
- V3 no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4;
- V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio - clavicular;
- V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercostal

Ex:



DERIVAÇÕES PRECORDIAIS DE V₁ A V₆

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

BRASIL. Governo do estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins**. 2ª Edição - Palmas – Tocantins: Editora Grafset, 2009.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

1. OBJETIVO

Auxiliar na inserção de Cateter Venoso Central (CVC).

2. APLICABILIDADE

- UTI's;
- Pronto Socorro;
- Centro Cirúrgico;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **CVC** - Cateter Venoso Central;
- Quando - Após avaliação médica;
- Indicações - Utilizar somente quando o cateter periférico não for possível ou insuficiente, - inserir o cateter com o menor número de lumens, contemplando as necessidades do paciente;
- Frequência - Sempre que necessário;
- **NT CCIH** (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- **EPI'S** (Equipamentos de Proteção Individuais);
- **N/A** - não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's (gorro óculos de proteção, máscara, luva e avental de manga longa estéril).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Reúna o material na bandeja e leve-o ao quarto do paciente;
- Oriente o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar biombo de forma que proteja o paciente;
- Posicionar foco de Luz em posição que favoreça o procedimento;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em posição de conforto com a extremidade que vai ser utilizada para punção repousando sobre uma superfície firme (coxim);
- Higienizar as mãos conforme Manual CCIH/HGP 2011-2013 pág. 04;
- Calçar as luvas de procedimento, máscara e gorro;
- Fazer a degermação da pele do paciente com clorexidina a 2% ou PVPI degermante em uma área ampliada e remover o excesso com gaze para retirar oleosidade e/ou sujidade;
- Lavar as mãos com solução degermante (clorexidina ou PVPI), secar com compressa estéril;
- Usar paramentação completa;
- Fazer a seguir antissepsia da pele em uma área ampla e com movimentos circulares e unidirecionais, utilizando solução alcoólica de clorexidina ou PVPI;
- Preparar a caixa de instrumental (pequena cirurgia) sobre a mesa de Mayo e aberta para o uso do médico;
- Posicionar campos estéreis de forma a cobrir toda a área a ser puncionada (barreira máxima – profissional médico);
- Realizar a punção e fixar o cateter de acordo com a técnica recomendada (profissional médico);
- Após a conexão do equipo ao cateter pelo médico, posicione o frasco da solução abaixo do nível do paciente, certificando-se do refluxo sanguíneo, assim que o médico abrir o sistema, e em seguida erga o frasco, regulando a velocidade do fluxo;
- Limpar o local com SF 0,9% removendo o sangue, secar com gaze estéril, em seguida fazer antissepsia com clorexidina a 0,5%;
- Manter curativo oclusivo com gaze seca estéril e fita microporosa nas primeiras 24h. Após este período, utilizar preferencialmente cobertura com filme transparente estéril;
- Observe sinais de desconforto respiratório do paciente;
- Observe presença de alterações (hematoma, edema ou sangramento) na região da inserção do cateter;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;
- Realizar o pedido de RX de tórax para avaliar o local de inserção do cateter (profissional médico);
- Manter monitorização de ECG, devido a risco de produção de arritmias;
- Proceder a anotações e evoluções na ficha do paciente e conforme rotina da unidade.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A escolha do local de inserção do CVC deverá seguir a seguinte ordem:

-Subclávia;

-Jugular;

-Femoral;

-Umbilical (para recém-nascidos);

-Flebotomia como última ação e preferir MMSS. Evitando instalar cateter próximo a lesões de pele e/ou traqueostomia.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

Guia De Utilização De Anti-Infeciosos E Recomendações Para A Prevenção De Infecções Hospi-

talares. COORDENADORES: Anna Sara S. Levin... [et al.] – ed 5°. – São Paulo: Hospital das Clínicas, 2012-2014.

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013.**

BRASIL. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde. **Manual de Protocolos Assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins.** 2ª Edição – Palmas -Tocantins: Editora Grafset, 2009.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem.** 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. **Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à saúde 2006 - 2007.** Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2006. 132p

INSTALAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **BIA** – Balão Intra – aórtico;
- **SCIH** – Serviço de Controle de infecção Hospitalar;
- **ECG** – Eletrocardiograma;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Kit de sutura:

- 1 Kit de Pressão Invasiva;
- 1 cabo de pressão invasiva com transdutor da pressão (compatíveis com o console), Eletrodos (5 unid.);
- 1 bolsa pressurizadora, Heparina 5000 UI/ml – 0,25 ml, soro fisiológico – 0,9% 250 ml, cabo para Monitorização Cardíaca;
- Cateter do balão intra-aórtico, console do balão intra-aórtico, 1 gorro, máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o paciente e família sobre o procedimento, sempre que possível;
- Realizar higienização das mãos conforme orientação do SCIH;
- Organizar o material;
- Selecionar o cabo de pressão e transdutor compatíveis com o console do BIA que será utilizado;

- Preparar a solução para preenchimento do Kit de Pressão Invasiva: 250 ml de Soro Fisiológico 0,9% com 0,25 ml de heparina (frasco de 5000 UI/ml), e colocar em bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg;
- Alinhar o ponto “zero” do sistema à linha axilar média;
- Colocar os eletrodos no paciente e monitorizá-lo, obrigatoriamente, no console do BIA;
- Realizar curativo oclusivo no local da inserção, após passagem do cateter;
- Conectar a extensão de saída do hélio à do cateter, inserido no paciente;
- Conectar a extensão da Pressão Arterial invasiva ao transdutor de pressão;
- Conferir com o médico o método ciclagem do BIA: ECG, curva de Pressão ou outros;
- Equalizar pressão do “zero”, abrindo a válvula para o ambiente e pressionando o botão correspondente, e verificando o aparecimento dos valores “zero” nas pressões e adequação da curva;
- Verificar adequação da curva de pressão com a ciclagem acionada, a frequência da contra pulsação em relação ao número de diástoles, os valores pressóricos (sistólico e diastólico com o balão insuflado);
- Verificar o pulso poplíteo, pedioso ou tibial posterior do membro no qual o cateter do BIA está inserido, comparando com o contra - lateral, e registrar na anotação de enfermagem: amplitude dos pulsos, perfusão periférica e aquecimento;
- Imobilizar o membro do paciente com atadura, para evitar flexão, se necessário;
- Verificar presença de sangramento ou hematoma no local de inserção, registrando na anotação e/ou evolução de enfermagem;
- Encaminhar pedido de RX de tórax;
- Deixar a unidade organizada;
- Realizar a higienização das mãos conforme recomendações do SCIH;
- Realizar registros frequentes de enfermagem pelo menos 1 vez a cada 6 horas: frequência da ciclagem e perfusão do membro, além de qualquer alteração na programação do console.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Recomendações:

- Caso haja redução na perfusão do membro, providenciar aquecimento com algodão ortopédico e atadura (evitando faixamento compressivo);
- Ligar para o setor de gases medicinais e solicitar reposição do hélio sempre que o console acusar nível de hélio baixo (low);
- Avisar o médico em caso de interrupção no funcionamento do BIA;
- O transporte do paciente pode ser feito com o sistema desativado, desde que o BIA não fique inativo por tempo superior a 30 minutos;
- A retirada do cateter deve ser realizada pelo médico.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

Silva, CNF. **Assistência Circulatória com balão intra-aórtico, Cuidados em pacientes críticos**. Pág. 50, 1996.

Thilian, LA, Dari, JK; Urden, LD; **Cuidados em pacientes com monitorização invasiva; Enfermagem em cuidados intensivos.** 1996.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem.** 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013,** Pág 04.

RETIRADA DE PONTOS COM CURATIVO

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para sala de procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Pacote de curativo (2 pinças dente de rato e 1 kocher);
- 01 Cuba rim;
- 01 Frasco com soro fisiológico;
- 01 Frasco com povidine tópico;
- Atadura de crepe se necessário;
- Pomada se prescrito;
- Luvas;
- 01 Esparadrapo ou micropore;
- Gazes

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realize a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo (do menos contaminado para o mais contaminado), descartando as gazes utilizadas, em lixo contaminado;
- Umedeça os pontos com soro fisiológico e os seque;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, íntegro; Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique à enfermeira e anote no prontuário;
- Após o procedimento, faça a limpeza local com técnica asséptica;
- Recolher o material e organizar a sala;

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

10. REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Ed. Atheneu, 2014;

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. Ed. Rideel, 2014
POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04.

DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS SEMICRÍTICOS

1. OBJETIVO

Promover desinfecção de alto nível, eliminando microrganismos na forma vegetativa presentes nos artigos semicríticos (artigos de assistência respiratória) mediante a aplicação de agentes químicos (ácido peracético), evitando desta forma a propagação de focos de infecção entre pacientes, e mantendo a vida útil do artigo.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CME** - Central de Material e Esterilização;
- **EPI** - Equipamento de Proteção Individual;
- **CC** – Centro Cirúrgico;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO

Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular e livro de registro de entrega de material sujo dos setores externos.

LIMPEZA/ DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL SUJO

Solução enzimática, torneiras com água quente, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, escovas (cerdas macias), escovas tubulares para limpeza.

ENXAGUE

Torneiras com jato de água quente, torneiras com bico de pressão.

SECAGEM

Compressa cirúrgica, ar comprimido, campos duplos.

INSPEÇÃO DA LIMPEZA

Lupa.

DESINFECÇÃO

Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis antiderrapantes, gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, seringas, torneiras com bico de pressão, compressas e campos limpos e secos, ar comprimido, fita teste e livro de controle do ácido peracético, ficha de controle de desinfecção pelo ácido peracético.

ACONDICIONAMENTO E ARMAZENAGEM

Gorro, máscara, luvas, sapato fechado, caderno de registro de preparo de materiais, grau cirúrgica e seladora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO

- Paramentar-se com EPI's;
- Ao receber os materiais sujos provenientes dos setores externos realizar conferência se estão completos e registrar em livro próprio do expurgo especificando o setor a que pertence o material, nome do material, data e hora da entrega e funcionário responsável pela entrega. Caso haja algum artigo incompleto descrever essa condição no livro.;
- Ao receber material sujo do CC conferir e encaminhar a limpeza.

LIMPEZA/ DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL SUJO

- Paramentar-se com EPI's;
- Preparar a solução enzimática conforme orientação do fabricante em quantidade suficiente para que o artigo seja completamente imerso;
- Desmontar artigo e imergi-lo na solução preparada;
- Deixar durante o tempo recomendado pelo fabricante;
- Lavar o material com auxílio de escovas, esponja e seringa (artigos tubulares).

ENXAGUE

- Paramentar-se com EPI's;
- Enxaguar com água abundantemente.

SECAGEM

- Paramentar-se com EPI's;
- Dispor os artigos em balcão forrado com campos duplos limpos e secos;
- Secar os componentes cuidadosamente antes de proceder à desinfecção com compressa cirúrgica limpa e seca;
- Utilizar ar comprimido para secagem dos artigos tubulares.

INSPEÇÃO DA LIMPEZA

- Paramentar-se com EPI's;
- Realizar a inspeção visual para observar a existência de resíduos de sujidade;
- Se o artigo apresentar sujidade visível deverá retornar ao processo de limpeza inicial;
- Encaminhar para processo de desinfecção de alto nível.

DESINFECÇÃO

- Paramentar-se com EPI's;
- Diluir a solução desinfetante (ácido peracético) conforme as orientações do fabricante;

- Imergir totalmente os artigos secos na solução de desinfetante lembrando-se de preencher os lumens com a solução;
- Deixar a solução de desinfetante agir pelo tempo recomendado pelo fabricante, registrar em ficha própria a hora da imersão;
- Retirar os artigos da solução de desinfetante e enxaguar abundantemente com água filtrada;
- Registrar em ficha a hora da retirada do artigo da solução;
- Secar os artigos utilizando ar comprimido e compressas cirúrgicas limpas;
- Encaminhar para preparo em bandeja forrada com campos limpos e secos;
- Monitorar a solução desinfetante por meio de indicadores químicos próprios (semanalmente) e registrar em documento próprio;
- Observar a validade do ácido peracético de 30 dias.

ACONDICIONAMENTO E ARMAZENAGEM

- Paramentar-se com EPI's;
- Inspeccionar limpeza e secagem do artigo;
- Embalar material em grau cirúrgico; identificar com data de desinfecção, nome de quem preparou e setor ao qual pertence o artigo;
- Material de setores externos: encaminhar a cesto próprio na distribuição;
- Material do CC: encaminhar à sala de apoio.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico do CME responsável pelo expurgo e enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Norma reguladora – NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Portaria ANVISA nº 122, de 29 de novembro de 1993, que inclui o princípio ativo ácido paracético, para uso em formulações de desinfetantes e esterilizantes.

Portaria ANVISA nº 15, de 23 de agosto de 1988, determina que o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares.

Potter, Patricia A; Perry, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**.

LAVAGEM, SECAGEM E PREPARO DE ARTIGOS CRÍTICOS E SEMI-CRÍTICOS, CONVENCIONAIS E CANULADOS

1. OBJETIVO

Receber o material contaminado e submetê-lo a todas as etapas do processo de esterilização de forma padronizada e eficiente a fim de minimizar a possibilidade de erros no processo.

2. APLICABILIDADE

Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CME** - Centro de Material e Esterilização;
- **RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Ficha de controle de desinfecção do expurgo, livro de registro de entrada de materiais das autoclaves, ficha de registro dos testes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

CLASSIFICAR O MATERIAL EM CRÍTICO E SEMI-CRÍTICO

- Se sem i- crítico proceder à limpeza manual e colocá-lo no detergente enzimático pelo tempo recomendado;
- Ao retirar o material lavar com água corrente e colocar para secar no varal a fim de retirar o excesso de água;
- Colocar no ácido peracético por dez minutos, certificar-se de que o material está devidamente submerso e que não existem bolhas no interior dos mesmos;
- Registrar na ficha de controle de desinfecção;
- Retirar do ácido peracético, enxaguar e secar o material;
- Encaminhar ao preparo;
- Se o material for crítico proceder limpeza manual, enzimático, enxágüe, secagem e encaminhar ao preparo.

PREPARO DO MATERIAL

- Conferir o estado de limpeza do material, quantidade de peças (se alguma peça ainda estiver suja devolver ao expurgo);
- Montar a caixa, envolver com invólucro apropriado, identificando conforme RDC 15;
- Se o artigo for semi-crítico conferir o estado de limpeza e colocar em embalagem apropriada, identificar conforme RDC ANVISA nº 15;

ESTERILIZAÇÃO DO MATERIAL

- Receber o material, devidamente preparado, registrar no livro da autoclave no qual ele vai ser processado;
- Colocar na autoclave (não esquecer o teste químico classe 5), programar a autoclave para o ciclo adequado ao tipo de material;
- Iniciar o ciclo.

RETIRADA DO MATERIAL DA AUTOCLAVE

- Passar o teste químico classe 5 para ser lido pelo enfermeiro;
- Após liberação da carga pelo enfermeiro, o material ter sido esterilizado e estar frio, armazenar na distribuição na prateleira específica para cada tipo de materiais;
- Caso a carga não tenha sido liberada deverá ser reesterilizada.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem da CME e expurgo, enfermeiro da CME.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual de normas e rotinas assistenciais dos serviços de enfermagem dos hospitais públicos do Tocantins.

Resolução ANVISA - RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Serviço de controle de infecção hospitalar/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013.**

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente internado na UTI Adulto, UTI Pediátrica, UCI Adulto.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de Cuidados Intermediários Adulto.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);
- Eletrodos;
- Pasta condutora;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reunir o material

- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno
 - 2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno
 - 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular
 - Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
 - 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável.
 - 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
 - 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável
 - 5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice)
 - Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oxímetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;
 - Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;
 - Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
 - Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
 - Manter o paciente em ordem e confortável;
 - Lavar as mãos;
 - Anotar no prontuário;
 - Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p. (somente para compra).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Protocolo de monitorização cardíaca, disponível em: http://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=326

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, NT 01.

PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

1. OBJETIVO

A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida. A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **PAI** - Pressão Arterial Invasiva;
- **AVC** - Acidente Vascular Cerebral;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- Monitor com Módulo de pressão invasiva;
- Equipamento próprio para pressão invasiva;
- Pressurizador;
- Régua de Nível “Zero”;
- Solução a ser utilizada deve ser SF 0,9% preferencialmente com heparina unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida;
- A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média;
- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- A solução a ser utilizada deve ser o soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente com heparina 01 unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- A posição do paciente e do transdutor de pressão influencia na alteração dos valores de pressão arterial;
- Devemos realizar o “zerar” a linha de pressão arterial, na linha média axilar;
- A cateterização da artéria para mensurar a pressão arterial invasiva está indicada para:
 - Cirurgia cardiopulmonar.
 - Grandes cirurgias vasculares, torácicas, abdominais ou neurológicas.
 - Instabilidade hemodinâmica.
 - Uso de drogas vasoativas.
 - Uso de monitorização da pressão intracraniana.
 - Emergência hipertensiva associada à dissecação de aorta ou AVC.
 - Necessidade de gasometria arterial mais que três vezes ao dia.
 - Controle rigoroso da pressão arterial para conduta clínica.

- Uma pressão arterial invasiva está contra indicada relativamente para:
 - Doença vascular periférica.
 - Doenças hemorrágicas.
 - Uso de anticoagulantes ou trombolíticos.
 - Punção em áreas infectadas.

LOCAL DE INSERÇÃO

- Preferencialmente, artéria radial, dorsal do pé ou pediosa e femural, obtida pelo método da punção percutânea com jelco no18 ou 20. Sem dúvida, a mais freqüentemente utilizada é a artéria radial sempre que possível do lado corporal não dominante e após a realização do teste de Allen (o tempo de enchimento capilar da mão pela artéria ulnar deve ser inferior a 5 segundos);
- A linha arterial pode ser obtida por punção ou dissecação arterial. A punção é o procedimento mais indicado, por permitir menor lesão da artéria; deixando a dissecação somente para casos mais graves, após várias tentativas de punção sem sucesso;
- Os valores normais da pressão arterial invasiva são os mesmos da pressão arterial não invasiva. Sistólica 90-130 mmHg e diastólica 60 – 90 mmHg.

Após a montagem de todo o sistema de conexão da linha arterial ao transdutor de pressão, o monitor eletrônico deve ser programado para o registro das curvas. Posiciona-se o transdutor ao nível da linha zero de referência e zera-se o aparelho. Zerado o aparelho e posicionado a linha zero de referência, o sistema é fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, iniciando-se os registros de pressões. Daí a importância de uma análise cautelosa da conformação das ondas de pressão registradas no monitor, para se detectarem problemas técnicos que possam estar interferindo de modo significativo nos valores reais da pressão arterial.

Após a punção arterial podem ocorrer algumas interferências técnicas, que são: hematoma pós-punção (amortece a curva da pressão); fluxo retrógrado do sistema (ocorre por falta da pressurização adequada, podendo coagular o sistema); hemorragia (por desconexão do sistema); embolia proximal ou distal (coágulos na luz do cateter).

Um procedimento de pressão arterial invasivo pode apresentar algumas complicações: Embolização arterial e sistêmica; Insuficiência vascular; Necrose isquêmica; Infecção; Hemorragia; Injeção acidental de drogas intra-arterial; Trombose; Espasmo arterial; Hematoma local; Dor local; Fístula arteriovenosa.

DESVANTAGENS

Método invasivo. Maior risco de complicações. Permite erros de interpretação da pressão caso haja alteração no equipamento e/ou conexões.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Primeiro dia: realizar curativo oclusivo após punção arterial e observar sangramento.

Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (Tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e Micropore®.

- Fixação do punho com tala ou restrição do membro, atenção para sinais de garroteamento.
- Zerar o PAM ao nível da linha axilar média com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20°.
- retirar as bolhas de ar do sistema.
- Uso de técnica asséptica para manipulação do sistema.
- Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas.
- Monitorização constante da circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando exposto os dedos do membro para controle da perfusão local.

- Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar.
- Manter infusão de SF 0,9% 500ml + heparina 1 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas.
- Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão.
- Quando retirar o cateter, realizar compressão no local e após, efetuar curativo compressivo, devendo ser retirado após 30 minutos e observar se não há presença de sangramento.
- Se o cateter apresentar obstrução, aspirar através da seringa o conteúdo e **NUNCA** injetar.
- Manter o cateter permeável até sua retirada, evitando qualquer tipo de obstrução.
- O registro dos valores da PAM deve ser realizado de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis.
- Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300mmHg de pressão.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

LUCAS, R. M. **Canulação arterial percutânea como competência do enfermeiro. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Dissertação de Mestrado em Terapia Intensiva. São Paulo, 2014. 25 p.**

Procedimento Operacional Padrão – POP: Punção Percutânea em Artéria para Aferição Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, revisado em 2016, disponível em <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+-+Pun%C3%A7%C3%A3o+percut%C3%A2nea+em+art%C3%A9ria+para+aferi%C3%A7%C3%A3o+invasiva+da+press%C3%A3o+arterial+sist%C3%AAmica.pdf/35a115ee-6908-4d1d-ad56-92722bd72cd8>

Procedimento Operacional Padrão – POP: Punção arterial para verificação de PAM, EBSEH, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=294>

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=345

<http://users.matrix.com.br/grace/hemodin1.html>

www.ebah.com.br/content/ABAAABbqsAA/monitorizacao-hemod-03

PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal nos seguintes casos: trauma abdominal; distensão abdominal, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipóxia.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI, Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PIA – pressão intra-abdominal;
- SCA – síndrome compartimental abdominal;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 equipo para PVC com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 régua de graduada em centímetros;
- Agulha 40X12;
- Identificação;
- Formulário de Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O método direto é realizado pelo médico através da introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um equipo e um manômetro de pressão. Já o método indireto é mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, com o paciente em uso de sonda vesical de demora.

- Manter o paciente em decúbito dorsal, horizontal e com de sonda vesical de folley de duas ou três vias;
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhantes quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher equipo;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o “zero” nivelando com sínfise púbica ou linha axilar média, considerando decúbito dorsal horizontal com a cama 30 graus;
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Pinçar a bolsa coletora de urina;
- Para sonda vesical Foley de duas vias conectar a extremidade distal do equipo na agulha (40X12)

após antisepsia do local e introduzir na parte de silicone do tubo (local de coleta de amostra de urina) que deverá estar conectado o equipo e logo injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;

- Para Sonda Vesical Foley 3 vias conectar a extremidade distal do equipo na 3 Via que deverá permanecer conectado o equipo, injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Aguardar a expiração do paciente;
- Abrir o equipo, observar o nível de soro no equipo, e anotar o valor em que o nível da solução parou considerando o zero como referência;
- Para Sonda Foley 2 Vias desconectar a agulha e proteger a região distal do equipo evitando contaminação;
- Para Sonda Foley 3 Vias, fechar o equipo;
- Abrir a Sonda Vesical e verificar se drenou o volume infundido;
- Deixar ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado;
- Trocar o equipo a cada 72 horas;
- Trocar a solução Fisiológica 0,9% a cada 24 horas.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Milanesi R, Caregnato RC. **Pressão Intra-Abdominal: Revisão Integrativa**. Einstein (São Paulo) 2016;14(3):423-30.

Zeni M, G Junior RL, Silva AB. **Síndrome Compartimental Abdominal: Rotinas Do Serviço De Cirurgia Geral Do Hospital Governador Celso Ramos**. Acm Arq catarin med. 2010:39.

Pereira BMT, Fraga GP. **Síndrome Compartimental Abdominal. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI)**. Porto Alegre: Artmed/Panamerica; 2013. p.53-73.

PRADO, Luiz Flávio Andrade et al. **Pressão intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 32, n. 2, p. 83-89, Apr. 2005.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912005000200008&script=sci_arttext

PRESSÃO VENOSA CENTRAL – PVC

1. OBJETIVO

- Subsidiar a avaliação do estado volêmico do beneficiário;
- Estimar a pressão diastólica (ou pressão de enchimento do ventrículo direito) juntamente como outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **PVC** – Pressão Venosa Central;
- **PEEP** – Pressão Expiratória Positiva Final;
- **VM** – Ventilação Mecânica;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Equipamento para PVC, com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 250ml de SF 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- Luvas de procedimento;
- Uma régua graduada em centímetros;
- Protetor de conexão 2 vias;
- Identificação;
- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Observar prescrição médica;
- 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;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipamento, colocando-o no suporte;
- Preencher o equipamento com a solução;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o “zero” fique na altura do tórax do cliente próxima à régua, considerando decúbito dorsal horizontal como cama no nível mais baixo (quando elétrica) e a cabeceira 30 graus.
- Nivelar o ponto estabelecido entre a linha axilar média e ao nível do quarto espaço intercostal do paciente, com o auxílio da régua de nível.
- Fixar o equipamento de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipamento no cateter central após anti-sepsia do local;

- Manter o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;
- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;
- O número atingido na régua quando ela permanece a nível será considerado o “zero”;
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Os valores normais da PVC são de 19 - 23 mmHg sem VM e 23 - 27 mmHg com VM (uso de transdutor de pressão) ou 14 - 17 cmH₂O sem VM e 17 - 20 cmH₂O com VM (uso da régua com solução salina).
- Valores abaixo do normal podem sugerir hipovolemia e valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem ser avaliados com outros parâmetros.
- Deixar o ambiente em ordem;
- Estar atento a desconexão do sistema;
- Estar atento a sangramento na inserção do cateter, e infecção do sítio de punção.

CUIDADOS ENFERMAGEM

- A obtenção da linha venosa para posicionamento do catéter é feita por punção percutânea ou dissecação venosa (a ponta do catéter deve estar posicionada em veia central (veia cava superior), devendo-se evitar seu posicionamento dentro do átrio direito para evitar arritmias ou perfuração);
- As veias de escolha são jugular interna, subclávia ou braquial. A veia femoral não deve ser usada para aferição de PVC;
- Checar radiologicamente a posição do catéter antes de instalar a PVC;
- O catéter e as conexões rígidas não devem ultrapassar o comprimento de 120cm;
- Preencher o sistema com solução salina fisiológica estéril;
- Retirar qualquer bolha de ar do sistema de mensuração;
- Medir a PVC através da coluna d’água graduada em cm ou medir por meio de transdutor e monitor calibrados em mmHg;
- Contaminação: trocar todo o Sistema de conexões e equipo da PVC;
- Mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.

FATORES QUE INTERFEREM NO VALOR REAL DA PVC:

1) Em relação ao paciente: Mudança de posição no leito; movimentação excessiva; movimentos respiratórios amplos e laboriosos (inspiratórios ou expiratórios); pacientes conectados a respiradores mecânicos com pressão inspiratória ou PEEP, pois haverá diminuição do retorno venoso e conseqüentemente níveis alterados de PVC.

2) Em relação ao catéter e os sistemas de conexão: mau posicionamento da ponta do catéter; coágulo no catéter; catéteres excessivamente finos ou de alta complacência; presença de bolhas de ar no sistema; catéteres dobrados ou com pontos de estrangulamento; catéteres e conexões com vazamentos.

3) Em relação ao sistema de mensuração: zero de referência inadequadamente posicionado, zero elétrico inadequado; alteração na membrana do transdutor; transdutor e amplificador inadequadamente calibrados; pequena faixa de resposta da coluna d’água, em relação aos parâmetros hemodinâmicos.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

www.ebah.com.br/content/ABAAABbqsAA/monitorizacao-hemod-03

http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=345

<http://users.matrix.com.br/grace/hemodin1.html>

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

REANIMAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevivência.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Cuidados Intermediários.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **PCR** – Parada Cardiorrespiratória;
- **RCP** - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;
- Álcool a 70%;
- MATERIAIS DO LEITO:
 - Ambú com máscara e reservatório;
 - Frasco de aspiração com látex;
 - Sonda para aspiração;

- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
- Tubo oro-traqueal;
- Fio guia;
- Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
- Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
- Seringas para medicações;
- Fixador de TOT;
- Medicações;
- Prancha.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A frequência das compressões torácicas é de no **MINIMO 100 POR MINUTO**;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar o pulso (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);
- Manter o ambú com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;
- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem ser retiradas do tórax para não se perder a posição correta;
- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfibrilação deve ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;
- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona:

Primeira dose – 300mg 100 ML 30 min.;

Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;

- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedimento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;
- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação oro-traqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;
- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio;

- Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxílio de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;
- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador
- Manter paciente aquecido e deixá-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências ;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora em uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;
- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo até que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

- 01 Coordenador (Médico);
- 01 Fisioterapeuta (Vm E Massagem);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo).

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

TRIAGEM DE PACIENTE AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

PA - Pressão Arterial;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Lista de agendamento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Identificar os pacientes conforme a especialidade

Pegar na recepção a relação de pacientes agendados, em seguida verificar os presentes através de chamada verbal e encaminhá-los para triagem.

VERIFICAR A PA

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Colocar o indivíduo em local calmo com o braço apoiado ao nível do coração, deixando-o confortável, permitindo 5 minutos de repouso. Usar sempre o mesmo braço para a medida;
- Posicionar o esfigmomanômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;
- Selecionar o tamanho da braçadeira para adultos ou crianças. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;
- Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
- Envolver a braçadeira suave e confortavelmente em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5 cm acima da dobra do cotovelo;
- Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;
- Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;
- Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;
- Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;
- Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada
- Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;
- Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);
- Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível;
- Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;
- Esperar de 1 a 2 minutos para permitir a liberação do sangue. Repetir a medida no mesmo braço

anotando os valores observados;

Registrar a posição do paciente, o tamanho do manguito, o braço usado para a medida e os menores valores de pressão arterial Sistólica e Diastólica encontrados em mmHg. Retirar o aparelho do braço e guardá-lo cuidadosamente a fim de evitar danos;

VERIFICAR O PULSO

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito;
- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma voltada para baixo;
- Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria radial, carótida, temporal, femoral, poplítea, pediosa (POTTER, 1998), fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação;
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;
- Contar os batimentos durante 1 minuto o número de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentos por minuto (POTTER, 1998);
- Se necessário, repetir a contagem;
- Anotar no prontuário;
- Lavar as mãos;

VERIFICAR A RESPIRAÇÃO

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os 2 movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante 1 minuto;
- Anotar no papel;
- Observação: não permitir que o paciente fale, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Técnico de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PARA USO HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Oferecer segurança na esterilização dos instrumentais e materiais hospitalares.

2. APLICABILIDADE

- CME - Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **B&D** - TESTE BOWIE & DICK;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- IMPRESSO DEREGRISTRO DOS TESTES;
- LIVRO DE REGISTRO DE MATERIAIS/INSTRUMENTAIS DA AUTOCLAVE;
- USO DE EPI'S: LUVA;
- REGISTRO DE MATERIAIS/INSTRUMENTAIS RETIRADOS DA AUTOCLAVE

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• COLOCAR TESTE QUÍMICO/ BIOLÓGICO NAS AUTOCLAVES

-Colocar teste B&D na primeira carga do dia, em seguida colocar um teste desafio (contendo ampola teste biológico e indicador químico);

• RECEBIMENTO DE MATERIAIS/ INSTRUMENTAIS DA ÁREA DO PREPARO

-Receber o material ou instrumental proveniente do preparo.

- Anotar os materiais que serão colocados na autoclave;

• PREPARO DAS AUTOCLAVES

- Não apertar muito os pacotes para ajudar na penetração do vapor.

-Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação de vapor, bem como a eliminação do ar.

-Manter um espaçamento mínimo entre os pacotes e entre os pacotes e as paredes da câmara.

-Utilizar apenas 80% da capacidade da câmara do equipamento.

-Colocar os testes (químico, biológico) de acordo com a carga e protocolo.

-Seguir as normas de funcionamento do equipamento.

-As caixas de instrumental cirúrgico devem ser de material compatível com o processo de esterilização e possuir perfurações em todos os lados (exceto contêineres).

-Artigos em aço inoxidável como jarros, bacias... que apresentam concavidade, devem ser colocados com a abertura para baixo.

-Recomenda-se colocar os pequenos pacotes em cestos aramados para evitar quedas.

-Separar as cargas de materiais têxteis e caixas de instrumentais (ciclos diferentes).

-Utilizar toalhas absorventes dentro das caixas/bandejas de instrumentais para auxiliar na absorção da umidade, (facilita a secagem no final do ciclo).

• OBSERVAR OS MATERIAIS/INSTRUMENTAIS APÓS ABERTURA DA AUTOCLAVE

-Os pacotes, após ciclo completo, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado.

-Não deve colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação.

-Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem; Supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04 04.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMPLANTÁVEIS

1. OBJETIVO

Promover um processo de esterilização eficiente utilizando métodos de monitoramento capazes de garantir a qualidade de todo processo e proporcionando maior segurança a nossa clientela, minimizando risco de infecção hospitalar, otimizando recursos físicos e financeiros.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização – CME.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CME** – Centro de Material e Esterilização;
- **EPI's** – equipamento de proteção individual
- **IQ** - Indicador químico classe 5
- **IB** - indicador biológico
- **PCD** - Pacote teste desafio
- **SMS** - Spunbonded/Meltblown/Spunbonded (NÃO TECIDO, KC)
- **CCIH** – Comissão de controle de infecção hospitalar;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- **EPI's**:luvas e mascara;
- Integrador químico classe 5;
- Invólucro para envolver;
- Fita adesiva;
- Fita adesiva para autoclave;
- Livro de protocolo para entrada de material na autoclave;

- Cestos para colocação de material;
- Cavalos para autoclave;
- PCD contendo IB e IQ;
- EPI's: luvas grossa de tecido, mascara e protetor auricular;
- Caderno saída de material da autoclave;
- Formulário de controle de cargas subseqüentes;
- Formulário padronizado para liberação prematura de implantáveis;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

PREPARO DA CAIXA CONSIGNADA DE IMPLANTÁVEL DA ORTOPEDIA

- Colocar EPI's
- Com a caixa limpa e seca repor material necessário;
- Dispor um integrador químico classe 5 no centro da caixa, nas grandes colocar um integrador em cada extremidade e se tiver mais de um andar colocar IQ em cada um deles;
- Envolver caixa com invólucro SMS condizente com o peso da caixa. Se utilizar tecido envolver com dois campos. Lacrar com fita adesiva;
- Identificar na fita adesiva para autoclave nome da caixa, data de preparo, data de vencimento, assinar.

COLOCAÇÃO DO MATERIAL NA AUTOCLAVE

- Registrar em caderno de entrada de material em autoclave especificando nome da caixa, data e hora e quem colocou a caixa;
- Carregar a autoclave nunca excedendo 80% da sua capacidade;
- Dispor o pacote teste desafio contendo indicador biológico e integrador químico classe 5 na prateleira inferior acima do dreno em posição horizontal.

ESTERILIZAÇÃO/ REESTERILIZAÇÃO DO MATERIAL

- Fechar porta da autoclave;
- Programar autoclave com ciclo apropriado ao material;
- Aguardar fim de ciclo.

Obs: manipular autoclave utilizando luvas apropriadas resistentes ao calor.

RETIRAR MATERIAL DA AUTOCLAVE

- Ao final do ciclo abrir porta da autoclave do lado limpo;
- Aguardar de 15 a 30min para carga esfriar e descarregar autoclave;
- Encaminhar PCD para enfermeiro de o plantão ativar IB e registrar IQ;
- Aguardar resultado IB para utilizar ou armazenar material;
- Caso IB ou IQ não apresentem resultados aceitos encaminhar todo material para reesterilização (pois caso os resultados dos testes não sejam satisfatório o material voltará para o início do processo).

LIBERAÇÃO DE MATERIAL SEM RESULTADO IB CONCLUÍDO

- Em casos de urgência/emergência o material poderá ser liberado desde que o resultado do IQ seja satisfatório/aceito, nesses casos será preenchido um formulário em três vias descrevendo a situação constando assinatura da en^f CME, cirurgião e CCIH.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Instrumentador Síntese;Enfermeiro CME.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

NORMA REGULADORA Nº 32. Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. **Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013**, Pág 04

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR

1. OBJETIVO

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Todos os setores.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **IM** - Intramuscular;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 3 mL ou 5 mL;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);

- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
 - 01 par de luvas de procedimento;
 - Seringa de 3 ou 5 mL;
 - Agulha para aspiração da medicação 40/12;
 - Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
 - Bolas de algodão;
 - Álcool a 70%.
 - Preparar o medicamento;
 - Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
 - Calçar as luvas de procedimento;
 - Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
 - Fazer a antisepsia do local com álcool a 70%;
 - Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
 - Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90°;
 - Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;
 - Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;
 - Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
 - Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
 - Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
 - Fazer ligeira compressão no local com algodão;
 - Retire as luvas de procedimento;
 - Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
 - Higienizar as mãos antes do procedimento;
 - Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltóide volume máximo de 2 mL, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 mL) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1° escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltóide, exceto em vacinas;
- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Organizadores: Gilberto Tadeu Reis da Silva e Sandra Regina I. do P. Tadelli da Silva / São Paulo: Martinari, 2014.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DALMONI, I.S., et al. **Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de enfermagem**. In: Revista Enfermagem UFSM, mai/ago, 3 (2): 259- 265. 2013.

HORTA, W.A.; TEIXEIRA, M. de S. **Injeções Parenterais**. In: **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 7(1): 46-79.1973.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2009.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. **Dupla checagem**. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. **Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo**, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **VE** - Via Endovenosa;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;

- Luvas de procedimento;
- Esparradrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;
- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a umidade não propiciem um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patogênicos e a consequente infecção local.
- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

NÉRI, E.D.R., et al. **Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia.** Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. **Dupla checagem.** 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. **Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos,** 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

1. OBJETIVO

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;
- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **ID** – Intradérmica;
- **N/A:** Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
 - f) 01 par de luvas de procedimento;
 - g) Seringa de 1ml = 100UI;
 - h) Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
 - i) Bolas de algodão;
 - j) Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja.
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15°, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;
- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos conforme Manual CCIH/HGP 2011-2013 pág. 04 antes do procedimento;
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medicação.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando a iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 mL.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem/ Cláudia Zímaro C. Caiola - Laboratório Municipal de Campinas – POP 31 (Revisão do POP Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais).

Vinicius Parreira – Auxiliar Administrativo Distrito de Saúde Noroeste – POP 62 (Fluxo de Transferência de Prontuário). Jesilaine O.S. Coelho – Enfermeira CS Rossin – Distrito de Saúde Noroeste – POP Administração Medicamento ID, POP Administração Medicamentos IM, POP transferência de prontuário. SMS Campinas, 2016, versão nº 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando.** Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. – Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 2001.

GIOVANI, A. M. M. **Enfermagem cálculo e administração de medicamentos.** São Paulo, SP: Scrinium; 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. **Dupla checagem.** 2013. SÃO PAULO.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. **Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos.** 2010.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

1. OBJETIVO

Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica.

Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

VN - Via Nasal;

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco conta- gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;

- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Recolocar o conta-gotas no frasco;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. Enfermagem Médica e Hospitalar (título original: Nurse's pocjet compa-
nion). Tradução Renato Lamounier Barbieri, Tânia Regina Micele – 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica.** 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. **Dupla checagem.** 2013;

COREN-BA, Parecer n° 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

1. OBJETIVO

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Via Ocular;

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco com conta-gotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;
- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade

- frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso:21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

1. OBJETIVO

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VO - Via Oral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Bandeja;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento (se necessário);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção, Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medica-

mento sob a língua, não mastigando ou engolindo, Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;

- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar o procedimento;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá ser testada antes da administração do medicamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KOCH, R.M. et. AL. **Técnicas básicas de enfermagem.** 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004. POTTER P.A.

PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. **Dupla checagem.** 2013.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **VS** - Via Subcutânea;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e horário, na seringa de medicamento;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90° em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

1. OBJETIVO

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **VS** - Via Sublingual;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;

- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. **Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro.** Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

Normatizar o processo de coleta de amostra sanguínea para os testes pré- transfusionais dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **RT** – Requisição Transfusional;
- **AT** – Agência transfusional;
- **EPI** – Equipamentos de Proteção Individual;
- **HEMOTO** - Hemocentro coordenador do Tocantins;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Frasqueira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do

- receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se o sangue está prescrito no prontuário do paciente antes de iniciar a coleta da amostra sanguínea (rotina e urgência) caso não esteja prescrito repassar caso para enfermeiro do setor para providenciar correção;
 - Identificar o paciente corretamente;
 - Realizar orientações sobre o procedimento;
 - Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de biossegurança;
 - Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas uma amostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
 - Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
 - Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
 - Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo.
 - Acondicionar os tubos e transportar dentro de frasqueira termorresistentes;
 - Encaminhar a amostra devidamente identificada à Agência Transfusional junto com Requisição Transfusional (RT);
 - Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
 - Protocolar a entrega da amostra juntamente com a RT à Agência transfusional para controle do serviço responsável;
 - O horário de recebimento da amostra dependerá do tipo de atendimento:
Urgência e Emergência - a qualquer momento;
Rotina e Reserva.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Transfusional, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

- Portaria MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013;
- RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de notificação de reações transfusionais.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- **NOTIVISA** - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- **NSP** - Núcleo de Segurança do Paciente;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fichas de Notificação (Hemocentro);
- Amostra sanguínea e bolsa de hemocomponente;
- Fichas de Notificação (Gerencia de Risco);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Sempre que houver reação adversa a transfusão de sangue, deverá ser preenchido o formulário de notificação do Hemocentro, detalhando a reação ocorrida com paciente;
- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;
- Deverá ser encaminhada para a A.T a Ficha de Notificação preenchida, com nova amostra sanguínea do paciente e quando possível a bolsa de hemocomponente + equipo para análise;
- Agência Transfusional encaminha a cópia da Notificação à Terapia Transfusional após a análise microbiológica;
- A Terapia Transfusional preenche e encaminha ao núcleo de segurança do paciente o formulário de Notificação de Reação Transfusional próprio desse setor;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fim de identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da frequência de eventos adversos;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico Transfusional, Médico, Agência transfusional, Terapia transfusional, Núcleo de Segurança do Paciente.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

- Portaria MS nº 158, de 4 de fevereiro de 2016;
- RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

PUNÇÃO VENOSA

1. OBJETIVO

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Deverá ser trocada a cada 72 h ou na presença de sinais flogísticos e/ ou infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **AVP** - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO;
- **AC** - ACESSO CENTRAL;
- **SF 0,9%** - SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco(Abocath / Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);
- Equipo ;
- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:

Preencher o rótulo com o nome do paciente, nº do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou nº de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho;

Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;

Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;

Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer anti - sepsia do local com algodão embebido em álcool 70% .;

- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15° entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;
- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retirar-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuírem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro puncionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acesso periféricos (concentrações altas de potássio, glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);
- Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arterio-venosa, linfoedema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

1. OBJETIVO

Estabelecer a padronização da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Hemocomponente** - São produtos obtidos a partir do sangue total por meio de processos físicos (Centrifugação), (Plasma, plaquetas, concentrado de hemácias, crio precipitado);
- **Hemoderivados** - São produtos obtidos a partir do plasma por meio de processo físico –químicos, geralmente, produzidos em escala industrial (Fatores de coagulação, albumina, gamaglobulina);
- **RT** - Requisição Transfusional;
- **EPI** - Equipamentos de Proteção Individual;
- **OS** - Pronto Socorro;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário/ SAE;
- Requisição transfusional (RT);
- Jelco, álcool, esparadrapo, algodão, EPI's;
- Bolsa de sangue/
- Requisição transfusional (RT);
- Prontuário e ficha de reações;
- Prontuário;
- Prontuário/ bolsa de sangue.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Antes do início da hemotransfusão;
- A cada 10 minutos na primeira meia hora;
- 10 minutos após o término da hemotransfusão;
- Registrar em prontuário/SAE o horário de início, local da punção, calibre do jelco, número da bolsa, tipo sanguíneo e término da hemotransfusão;
- Conferir a RT, o tipo de solicitação, se for urgência ou rotina conferir se o hemocomponente está prescrito em prontuário. Reserva de sangue para a cirurgia seguir POP de reserva de hemocomponentes para cirurgia;
- Realizar punção venosa com jelco calibroso para transfusão. O Acesso deverá ser exclusivo, nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem infundido em paralelo (na mesma linha venosa) durante a hemotransfusão;
- Ao finalizar o preparo da bolsa de sangue a A.T comunica ao setor solicitante que o hemocomponente está pronto;
- O Técnico Transfusional encaminha o hemocomponente à Unidade, faz a entrega conferindo os dados da bolsa e do paciente junto ao Enfermeiro do setor;
- Utilizar equipo próprio para transfusão de sangue e hemoderivados;
- Concentrado de hemácias e plasma- 01 equipo para cada bolsa;
- Plaquetas comuns- poderá ser infundido até 07 plaquetas em um único equipo;
- Plaquetas aférese - 01 equipo para cada bolsa;
- Hemoderivados: Realizar a infusão de acordo com a instrução do fabricante;

- Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a legislação, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Instalar a bolsa de sangue no paciente assim que chegar da A.T;
- Para concentrado de hemácias iniciar a infusão com 10 gotas nos primeiros 10 minutos, depois aumentar o gotejamento para 40 gts/m. O tempo mínimo de infusão é de 02 h e Máximo 04 h, exceto em casos de emergência que poderá correr aberto;
- Plasma e plaquetas a infusão é rápida sendo o prazo mínimo de 30m e Máximo 60minutos;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar o horário de início da transfusão nº da bolsa, tipo sanguíneo, volume da bolsa, data de validade e aspecto, e os sinais vitais iniciais;
- Anotar a ocorrência ou não de reações adversas, assinar e carimbar;
- Caso o paciente apresente reação transfusional, interromper imediatamente a transfusão;
- Comunicar a ocorrência ao médico responsável e a agência transfusional.
- Conferir os dados de identificação do paciente novamente para certificar se o paciente certo está recebendo o hemocomponente certo;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Monitorar o paciente até que estabilize o quadro;
- Coletar nova amostra sanguínea do paciente, encaminhar para a A.T juntamente com a bolsa+ equipo, imediatamente após a reação;
- Notificar o caso, encaminhar notificação juntamente com a bolsa para análise microbiológica;
- Anotar no prontuário todas as informações sobre o caso: horário de início da reação, sinais e sintomas apresentados e condutas adotadas, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas estéreis.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pele da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;
- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8ª edição.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Água corrente;
- Sabão líquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Inspeccionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;
- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Unir as palmas das mãos entrelaçando os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- 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;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8º edição.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES

1. OBJETIVO

Transportar pacientes internamente com segurança.

2. APLICABILIDADE

Pronto Socorro, Internação, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, Ambulatório, UTI's.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **MV**;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, etc;
- De acordo com as necessidades do paciente, tais como: oxímetro; monitor multiparâmetros ambú, bala de oxigênio, dentre outros;
- Maca ou cadeira de rodas, Prontuário do paciente, Telefone, Maca ou cadeira de rodas, Prontuário, caneta, carimbo;
- Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;
- Equipamentos, álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011.
- Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011.
- Solicitar auxílio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros.
- Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte.

- Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clínica e física, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas.
- Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clínica e Física) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente.
- Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente.
- Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a partida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas.
- Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos.
- Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário.
- Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte.
- Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.
- Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipamentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). PORTARIA N.529 DE 1 ABRIL DE 2013 INSTITUI O **PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)** [ONLINE]. BRASÍLIA (DF): MS; 2013 [ACESSO 2013 JUN 1]. DISPONÍVEL EM: [HTTP:// BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT0529_01_04_2013.HTML](http://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT0529_01_04_2013.HTML).

PEREIRA JÚNIOR GA, NUNES TL, BASILE-FILHO A. **TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO**. MEDICINA. 2007 OU-DEZ; 40(4):500-8

ALTA

1. OBJETIVO

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa, e que assegure aos pacientes e familiares todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todas as unidades de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

MV – Movimentação de Pacientes;

UBS - Unidades Básicas de Saúde;

N/A : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do RN;
- Protocolo - SAE; Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Pulseirinha de identificação;
- Formulário de Movimentação de Pacientes.
- Formulário alto responsável;
- Formulário de Censo Diário.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ENFERMEIRO

1- Alta hospitalar:

- Confirmar em prontuário a alta hospitalar prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;
- Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto para equipe, quanto no relatório de enfermagem;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados)
- Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiares para manutenção dos mesmos após alta hospitalar;

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

2- Observar dispositivos:

- Retirar venóclise;
- Preparar sondas, drenos, curativos se houver.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

3- Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsável o assine.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

4- Saída dos pacientes:

- Acompanhar o paciente até a recepção, quando deverá ser retirada após conferência da mesma pelos

- funcionários daquele setor;
- Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário;

ENFERMEIRO

- 5- Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:
- Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção.

ENFERMEIRO

- 6- Checar preenchimento de alta responsável:
- Integrar ao documento entregue ao serviço social.

ENFERMEIRO

- 7- Atualização do Censo Diário:
- Registrar no Censo Diário da ALTA HOSPITALAR.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir check-list de organização de documentos para alta, seguindo a especificidade de cada setor de internação, em especial quanto ao Aleitamento Materno e Referência e Contra referência, Banco/ Posto de Leite Humano, etc;
- A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins;

Lista de Endereços das UBS;

Lembrança da maternidade;

Caderneta da Criança;

DNV.

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **RN** - Recém nascido;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja,
- Garrote,
- Algodão umedecido com álcool a 70%,
- Cateter intravenoso periférico (jelco ou scalp),
- Esparadrapo ou micropore,
- Extensor a ser conectado ao cateter,
- EPI (Luvas de procedimento).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados de higiene:

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como **UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE**;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos;
- Realizar higienização das mãos e antebraços com degermante antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente;
- À manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-sepsia com álcool a 70%; Acomodar as “tampinhas” em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não-íntegra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora - colo);
- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

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

CUIDADOS NA TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ENFERMEIRO:

Seleção do cateter e sítio de inserção

- Confirmar o tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
- Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica, química e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso;
- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsais e ventrais dos antebraços;
- Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;
- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.

ENFERMEIRO/ TECNICO DE ENFERMAGEM:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples;

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação: paciente pediátrico no mínimo duas vezes por turno e pacientes na unidade de internação uma vez por turno;

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável;

Trocar dispositivos

- Trocar o sistema de infusão (cateter periférico, equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) – 96 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo seja possível;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017.

CURATIVO E TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **N/A** : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ENFERMEIRO

1- Definição do tipo e local de acesso:

- Confirmar diagnóstico e tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Definir tipo de acesso venoso será o mais apropriado, conforme as condições do paciente.

2- Seleção de cateter:

Selecionar o cateter, priorizar o cateter de poliuretano, teflon ou silicone por ser menos trombogênico, diminuindo o risco de aderência bacteriana;

ENFERMEIRO/TÉC. DE ENFERMAGEM

1- Troca de cateter e curativo em Punção Periférica:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples;

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Quando houver sinais flogísticos no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação;

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável;

Trocar dispositivos:

- Trocar o sistema de infusão (equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) – 72 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Sem recomendações para troca periódica ou casos de quebra de assepsia;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde**

ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO

1. OBJETIVO

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando prepará-los para os procedimentos funerários.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **DO** - Declaração de Óbito;
- **EIC** - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- **UP** - Unidade do Paciente;
- **N/A** : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que ocorreu óbito;
- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TÉC. DE ENFERMAGEM:

Registro do óbito:

- Conferir a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar anotação de Enfermagem no prontuário - SAE, com **data, hora e procedimentos realizados**;
- Anotar o óbito no Censo;
- Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
- Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
- Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia; informar BLH e Agencia Transfusional;

ESCRITURÁRIA:

Encaminhamentos para DO:

- Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo;

ENFERMEIRO:

Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:

- Supervisionar todos os procedimentos descritos;
- **SOMENTE FINALIZAR O PROCESSO** encaminhando o paciente ao necrotério, após todos os documentos estarem OK;
- Comunicar o óbito ao Setor de Psicologia;
- Comunicar o óbito ao Serviço Social;
- Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
- Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao Serviço Social;
- Assegurar, juntamente com o Serviço de Psicologia e Serviço Social, o **ACOLHIMENTO** à família,

de forma humanizada;

- Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmente em se tratando de RN, antes de encaminhá-lo ao necrotério.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Preparo do corpo:

- Preparar e Identificar o corpo conforme o PROTOCOLO PARA ÓBITO;
- Retirar sondas e cateteres do paciente;
- Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
- Finalizar o enrolamento do corpo.

ENFERMEIRO

Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza Terminal da UP.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Médico responsável pela DO é aquele que **assistiu o óbito**;
- **Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico**;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO (junto ao IML - Palmas);
- **Identificar o corpo com duas etiquetas**, uma interna e outra externa;
- Encaminhar ao necrotério e entregar a DO ao serviço social;
- Entrarem contato com a Recepção I – setor de internações, para dar destino do corpo ao necrotério, até a chegada da Funerária.
- Em caso de problemas com DO, o Serviço Social deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiu ao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral;
- A chave do necrotério é responsabilidade do pessoal da Recepção I;
- Cabe ao vigilante acompanhar o funcionário que levará o corpo até o necrotério .

8. RESPONSÁVEL(S)

N/A.

9. REGISTRO(S)

N/A

10. REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins, DO, Livro de registro de pacientes, Etiqueta de óbito, Censo diário e Informe de Alta.

LIMPEZA DO RESERVATÓRIO DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Manter as incubadoras limpas para evitar a transmissão de microorganismos e conseqüente controle de infecção.

2. APLICABILIDADE

- **UTIN** – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal;
- **UCINCo** – Unidade de Cuidado Intermediário Convencional;
- **CC** - Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **IAS** – Incubadoras Aquecidas;
- **N/A**- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Diário
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução de Letamax

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICA DE ENFERMAGEM:

Preparar material: Prever e organizar a quantidade de material, conforme número de IAS a serem limpas.

TÉCNICA DE ENFERMAGEM:

Limpeza do reservatório de umidade da incubadora aquecida:

- Abrir a tampa de acesso ao reservatório de umidade, rotacionando o botão de fixação, e puxando o conjunto;
- Drenar completamente o reservatório através de sua mangueira para drenagem;
- Recolocar a mangueira de drenagem em seu niple de espera, e desconectar o reservatório do sistema, deslocando-o em direção à tampa de acesso;
- Retirar o reservatório puxando-o para cima;
- Colocar o reservatório em sua posição original, acoplado-o junto à entrada do sistema
- Verificar se a mangueira para drenagem encontra-se perfeitamente instalada, e posteriormente adicionar água destilada e esterilizada através de sua tampa superior;
- Proceder à retirada do reservatório certificando que o sistema de umidificação e seu reservatório encontram-se sem água, a fim de evitar derramamentos indesejáveis;
- Realizar a limpeza do reservatório de água sempre que for realizar a limpeza das incubadoras aquecidas.

ENFERMEIRO/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Controle do procedimento: Observar nível de reservatório diariamente e anotar no diário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual do usuário incubador para recém-nascidos vision®2186.

PRECAUÇÃO DE CONTATO - BÁSICA

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato. Aplicado na Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados em geral.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **MS** - Ministério da Saúde;
- **IA** - Incubadora Aquecida;
- **RN** - Recém Nascido;
- **N/A**- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos; Realizar higienização simples das mãos e antebraços com água e sabão antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente - em IA higienizar os antebraços antes e após procedimentos;
- Realizar a manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-sepsia com álcool a 70%; Acomodar as “tampinhas” em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não-íntegra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora - colo);
- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%;
- Atentar para anti-sepsia do manguito do esfigmomanômetro com álcool a 70%.
- Quando não houver condições de quarto privativo manter leitos com distancia de 1 metro entre eles;
- Importante a identificação da precaução como abaixo.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Todo procedimento deve ser relatado em prontuário;



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins.

Manual de precauções e isolamentos Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – MS.

Cartazes de precauções da Agência Nacional da Vigilância Sanitária.

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

1. OBJETIVO

Apresentar a instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carregados por corrente de ar). Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;
- Observe a identificação de “Precauções para aerossóis” na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto;
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;
- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secas e limpas. Utilize a PFF2 durante assistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara Cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis como abaixo:



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017

Procedimentos de enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins;

Manual de precauções e isolamentos Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – MS.

PRECAUÇÕES DE GOTÍCULAS PARA ISOLAMENTO

1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por gotículas.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Gotículas , também chamadas Gotículas de Pflugge são partículas líquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microorganismo.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;
- Observe a identificação de “Precauções para gotículas” na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto;
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização,

lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microorganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas como abaixo:



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A

10. REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação – Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : Volume único(recurso eletrônico)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

TRANSFERÊNCIA E ALTA DE RNS

1. OBJETIVO

Garantir que a transferência e a alta de recém nascidos ocorra de forma segura.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidade de Cuidados Intensivos – UCIN, ALCON Patológico e Unidade Canguru - Etapa II.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **RN** – recém nascido;
- **SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- **MV** – Movimentação de Pacientes;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do RN;
- Protocolo – SAE;
- Prontuário do RN;
- Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Livro de Registro de altas, transferências e óbitos da Unidade;
- Formulário de Censo Diário.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ENFERMEIRO

Transferência Interna; Transferência Externa; Alta hospitalar:

- Confirmar com o médico da unidade se foi confirmado vaga para a transferência do Paciente;
- Checar se o prontuário está preenchido corretamente, antes de se efetuar qualquer tipo de transferência;
- Entrar em contato com o setor ou Unidade Hospitalar, confirmando a transferência do paciente;
- Proceder aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados).

ENFERMEIRO/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Observar dispositivos:

Observar e cuidar de sondas, drenos, curativos, venóclise, preparando paciente para manutenção dos mesmos durante a transferência.

ENFERMEIRO

Avaliação física e registro em prontuário do RN, para transferência do RN

- Realizar exame físico do RN ;
- Proceder as anotações importantes do estado da criança, a fim de que a equipe possa dar continuidade ao tratamento e cuidados prescritos na próxima unidade de tratamento.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta e transferência, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do RN, solicitando que a Mãe o assine.

ENFERMEIRO

Preenchimento e encaminhamento da MV:

- Enviar formulário de MV à Recepção - Setor de Internações;
- Informar por telefone à Recepção – Setor de Internações.

Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao Serviço Social.

Atualização do Censo Diário:

- Anotar nome completo do RN;
- Marcar o tipo de transferência.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Providenciar Limpeza (Incubadora/Berço Aquecido e espaço físico):

- Encaminhar Incubadora/Berço aquecido ao expurgo e efetuar lavagem da mesma;
- Solicitar a equipe de higienização limpeza do espaço físico onde a Incubadora /berço aquecido estavam.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins.

TROCA DO FILTRO DE AR DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Evitar que o ar sujo afete a concentração de O₂ e/ou cause acúmulo de dióxido de carbono no interior da Incubadora aquecida.

2. APLICABILIDADE

- UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Convencional e CC - Centro cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **I.A** - Incubadora Aquecida;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Filtro para reposição;
- Luvas de procedimento;
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução própria para limpeza de IA;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

TECNICO DE ENFERMAGEM

1- Troca do filtro de ar:

- Retirar a tampa do filtro rotacionando em 90° os botões de fixação;
- Retirar o filtro de ar usado;
- Limpar e secar todas as superfícies de acomodação do filtro;
- Identificar corretamente com a data inicial da utilização e nome do servidor que colocou, no próprio filtro;
- Trocar o filtro da incubadora aquecida sempre que mudar de paciente; óbito, doenças infecto contagiosas e/ou se houver necessidade (quando estiver completamente sujo, que permanecer por muito tempo internado, período igual ou maior que três meses);
- Instalar o novo elemento filtrante, e reinstalar o painel traseiro.

ENFERMEIRO

2- Controles da periodicidade do procedimento:

- Preencher Data da troca, N° da IA, Nome do funcionário responsável pela troca;
- Analisar e tomar providências para nova troca de filtro, quando a situação se encaixar em um dos motivos supracitados.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem/ Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERENCIAS

Manual do usuário Incubadora para Recém Nascidos Vision 2186.

ISBN 978-65-87830-08-7



9 786587 830087

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO

