



***PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO
ENFERMAGEM***

2012

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

Em 2012, é lançado, a primeira edição do *Manual de Procedimentos Operacionais (POP) de Enfermagem*, aqui apresentado um trabalho elaborado por enfermeiras e organizado pela Gerência de enfermagem do Hospital Getúlio Vargas e terá validade por um período de 02 anos.

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

AGRADECIMENTOS

“Um sonho sonhado sozinho é um sonho. Um sonho sonhado junto é realidade”. Raul Seixas

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

Vale ressaltar o fundamental e indispensável apoio técnico e dedicação da Gerência de Enfermagem, que tornaram possível a elaboração deste com abordagem técnica, mas também com muito fundamento prático.

Coordenação
Enfermeira Mestre Francisca Cecília Viana Rocha
Gerente de Enfermagem

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

Coordenação de Revisão Técnica
Enfermeira Mestre Francisca Cecília Viana Rocha
Enfermeira Mestre Maria Zélia de Araújo Madeira

Apoio: Enfermeiras, Acadêmicas de Enfermagem e Fisioterapeuta que elaboraram e revisaram os POP's

Adriana de Andrade Bastos
Celeste Maria do Nascimento Silva
Cecília Passos Vaz da Costa (UFPI)
Danielle Pereira Dourado
Eliracema Silva Alves
Francisca Cecília Viana Rocha
Francina Lopes Amorim Neta
Helena Cristina Batista Moreira Bezerra
Heronilda de Araújo Silva
Ivonizete Pires Ribeiro
José Dílson Marques Filho (Fisioterapeuta)
Luiza Pereira da Silva
Luzirene da Silva Santos
Marcelo Araújo Benicio
Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes
Maria de Jesus Soares Brandão Ribeiro
Maria do Amparo da Silva Bida Mesquita
Maria do Socorro Oliveira Guimarães
Maria Zélia de Araújo Madeira
Nirvania do Vale Carvalho
Paula Cristina Santos
Samara Barbosa Viana Paz
Silvia Maria Oliveira de Deus Vieira
Silvia Marques de Moraes
Simone Maria da Silva (Acadêmica de Enfermagem – FACID)



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

SUMÁRIO

0001	Admissão do paciente	7
0002	Administração de medicação via intravenosa	9
0003	Administração de medicação via intramuscular	12
0004	Administração de medicação via subcutânea	16
0005	Administração de medicação via oral	18
0006	Administração de medicação via ocular	20
0007	Administração de medicação via nasal	22
0008	Administração de medicação via retal	24
0009	Administração de hemocomponentes	26
0010	Administração de insulina	28
0011	Administração de nutrição enteral (NE)	31
0012	Administração de nutrição parenteral total (NTP)	33
0013	Aerosolterapia	35
0014	Anotações de enfermagem	37
0015	Alta do paciente	40
0016	Aspiração das vias aéreas superiores	41
0017	Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados com sistema aberto	43
0018	Avaliação pupilar	46
0019	Baciloscopia de escarro ou coleta de amostra de escarro para BK	48
0020	Banho no leito	50
0021	Cateterismo vesical de alívio	53
0022	Cateterismo vesical de demora (feminino)	56
0023	Cateterismo vesical de demora (masculino)	59
0024	Curativo de ferida cirúrgica limpa	62
0025	Curativo de ferida aberta	64
0026	Curativo do Cateter Venoso Central-CVC	66
0027	Curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC	68
0028	Curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC com infecção	70
0029	Colocação de dispositivo urinário	72
0030	Encaminhamento de paciente para o centro cirúrgico	74
0031	Gavagem	76
0032	Glicemia Capilar Periférica	78
0033	Higiene Oral	80
0034	Higienização das mãos	82
0035	Lavagem intestinal	84
0036	Lavagem vesical	87
0037	Monitorização cardíaca	89
0038	Monitorização da Saturação de oxigênio	91
0039	Mudança de decúbito	93
0040	Oxigenoterapia	96
0041	Preparo do paciente no pré-operatório	101
0042	Preparo do leito na Unidade de Terapia Intensiva	103
0043	Preparo do corpo após a morte	105
0044	Preparo da unidade (leito) do paciente	108
0045	Preparo de paciente para realizar exame de angiografia	110
0046	Preparo de paciente para cateterismo cardíaco	113
0047	Preparo de paciente para cintilografia miocárdica	115

0048	Preparo do material para Instalação de Cateter Venoso Central-CVC	118
0049	Pressão Venosa Central	120
0050	Reação de Mantoux ou prova tuberculínia ou PPD	122
0051	Realização de Eletrocardiograma	125
0052	Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida	128
0053	Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Avançado de Vida	130
0054	Sondagem Nasoentérica/Nasogástrica	133
0055	Soroterapia	137
0056	Transferência entre clínicas	140
0057	Verificação de Sinais Vitais	142
0058	Verificação de Medidas Antropométricas	147

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – 2012

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0001	Página n.º: 01/02
	Admissão do paciente		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Danielle Pereira Dourado	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMISSÃO DO PACIENTE

1. Definição

A admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre quando há a necessidade de ocupar um leito hospitalar por 24 horas ou mais. Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado à enfermagem. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Geralmente, o paciente está preocupado com a sua saúde.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Certificar-se da identidade do paciente e acompanhá-lo até o leito já preparado; verificar se o prontuário está completo;

- Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;
- Orientar sobre as normas e rotinas do hospital (horário de visita e repouso);
- Orientar o paciente em relação à localização das instalações sanitárias, horário das refeições, nome do médico e da enfermeira de plantão;
- Verificar SSVV e registrar no prontuário;
- Registrar o paciente no censo (livro de registro);
- Identificar o leito;
- Encaminhar a farmácia prescrição médica assinada e carimbada;
- Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;
- Encaminhar o paciente para a realização dos exames solicitados;
- Comunicar o laboratório quanto aos exames de urgência;
- Realizar sistematização da assistência de enfermagem.

5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

6. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0002	Página n.º: 01/03
	Administração de medicação via intravenosa		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Marcelo Araújo Benicio	Revisado por: Adriana de Andrade Bastos	Validado Por: Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAVENOSA

1. Definição

Refere-se à administração de medicações, soluções contendo eletrólitos, nutrientes e hemoderivados diretamente na veia.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Seringa (5ml, 10ml, 20ml);
- Agulhas 40x 12;
- Equipo de soro S/N;
- Bureta S/N;
- Algodão com álcool a 70%;
- Sclap nº 21 ou 23, cateter periférico (Jelco nº 18, 20, 22);
- Polifix; Torneirinha;
- Ampola de diluente, frasco, ou bolsa com solução prescrita.

4. Procedimento

Preparo e administração: utilize técnica asséptica rigorosa

- Lavar as mãos antes e após o preparo das medicações;
- Conferir a prescrição médica mais uma vez;

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

5. Recomendação

- Não administre medicações incompatíveis entre si, ou em soluções;
- Quando necessária administração simultânea de dois medicamentos injetáveis verifique se compatível. Caso contrário prepare cada um separadamente; Entre a administração do primeiro medicamento e do segundo, administre 10 a 20 ml de água destilada e somente em seguida administre o outro medicamento;
- Antes de administrar qualquer medicamento certifique-se que o mesmo se encontra em temperatura ambiente a fim de evitar hipotermia;
- Durante a reconstituição, diluição e administração do medicamento observe qualquer mudança de coloração e a formação de precipitados ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure informação e notifique ao enfermeiro;
- Não realize a mistura de medicamentos na mesma seringa, a não ser se indicado na prescrição;
- Reconstitua e dilua o medicamento de preferência, imediatamente antes do uso.
- Caso necessite armazenar o medicamento após reconstituição e/ou diluição utilize etiqueta de identificação com as seguintes informações: nome do medicamento, responsável pela manipulação (nome do profissional e registro no COREN), data, hora e diluente);
- Antes de iniciar o preparo do medicamento leia atentamente a prescrição médica e confira o rótulo do fármaco com os da prescrição. Em caso de dúvida consulte o enfermeiro;
- Verifique na prescrição o tipo de diluente recomendado e a via de administração;
- Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto de cada vez, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos;
- Não administre um medicamento previamente diluído sem ter certeza do prazo de validade e das informações referentes à sua diluição na etiqueta;
- Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;
- Sempre questione ordens ambíguas ou que julgue insegura para o paciente;
- Administre somente medicações que estejam prescritas pelo médico;
- Avalie o acesso venoso do paciente e o entendimento do paciente quanto à terapia prescrita (caso paciente orientado);
- Quando se está preparando uma solução e o paciente já está recebendo a mesma solução, o equipo só será trocado se o prazo de validade (48 horas) estiver vencendo ou se estiver sem identificação; Se um novo equipo for utilizado este deve ser rotulado com data, hora de instalação e nome do profissional que instalou.

❖ OBSERVAÇÕES:

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

6. Responsabilidade



- ✓ Equipe de enfermagem.

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0003	Página n.º: 01/04
	Administração de medicação via intramuscular		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

1. Definição

Consiste na introdução de medicamento no tecido muscular.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa, conforme volume a ser injetado;
- Agulha (25x7 ou 30x8), comprimento /calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Medicação prescrita.

4. Procedimento

- Ler a prescrição: Data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Lavar as mãos;
- Separar a medicação prescrita;
- Preparar o medicamento conforme técnica;
- Levar a medicação preparada na bandeja ou cuba rim para perto do paciente,

colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;

- Orientar o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento;
- Checar condições do músculo escolhido, para volume maior ou igual a 3ml; solução com veículo oleoso ou se for observada hipotrofia do deltóide, o músculo indicado é o glúteo. Medicações antiinflamatórias aplica na região glútea;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar o ar da seringa e agulha antes da aplicação;
- Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Na região deltóide quatro dedos abaixo da região escapular e na região glútea no quadrante externo superior;
- Introduzir a agulha em ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar o líquido sem pressa;
- Retirar a seringa/agulha, comprimindo o local com algodão, observando presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
- Deixar a unidade organizada;
- Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas no caso de crianças);
- Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);
- Retirar a luva de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição médica.

5. Recomendações

- Para aplicar com a agulha ideal, deve-se levar em consideração: o grupo etário, a condição física do cliente, solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatas);
- Em crianças o músculo escolhido dependerá do peso da criança e do tipo de medicação, a saber;
- Para crianças menores de 3 anos a região indicada é a região vastolateral da coxa

por ter maior massa muscular e possuir poucos nervos e vasos sanguíneos;

- Crianças maiores de 3 anos a região indicada é a região glútea;
- Adolescente é indicada a região deltoideana, exceto para os adolescentes com pequeno desenvolvimento muscular;
- Agulha de tamanhos apropriados:
- Adultos: calibre 25 x 7, 25 x 8 e 30 x 7;
- Crianças: calibre 25 x 7 e 13 x 4,5;
- Seringa de tamanho apropriado:
- ✓ Volumes:
- Adultos: 03 ml;
- Crianças, idosos e indivíduos magros: 1 a 2 ml;
- Posições de aplicação: o paciente deve estar em decúbito dorsal, lateral, prona ou sentado;
- Proteger o paciente com biombo S/N;
- Fazer rodízio dos locais de aplicação.

❖ ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO

Dorso glútea :

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

Ventroglútea :

- Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador

em triângulo;

- Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltóide:



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

6. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

7. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0004	Página n.º: 01/02
	Administração de medicação via subcutânea		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

1. Definição

É a administração do medicamento no tecido conjuntivo da pessoa, ou seja, por baixo da derme. O volume não deve ultrapassar 1 ml. Os locais mais indicados para este tipo de aplicação são as regiões abdominais, a face Antero lateral da coxa e face externa do braço.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 seringa de 01 ml;
- 01 agulha 13x4,5;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- 01 bandeja.

4. Procedimento

- Observar a prescrição médica: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente em posição adequada para aplicação;

- Proceder à anti-sepsia da área escolhida;
- Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir agulha, com ângulo de 90° (**com agulha 13x4,5 puncionar a 90°**);
- Observar se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento). Exceto na administração de heparina e clexane;
- Administrar medicação lentamente;
- Retirar agulha com um movimento rápido, fazendo ligeira pressão no local;
- Realizar rodízio de local de punção;
- Desprezar o material utilizado no expurgo na caixa de perfurocortante;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica.

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0005	Página n.º: 01/02
	Administração de medicação via oral		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 20/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por: Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

1. Definição

Consiste na administração de medicamento pela boca para ser absorvido no trato gastrointestinal (estômago e intestino) sob a forma de comprimidos, drágeas, cápsulas, líquidos e pós.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Copinho descartável;
- Medicamento prescrito;
- Rótulo de identificação;
- Triturador de comprimido (pilão) S/N;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento S/N.

4. Procedimento

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

- Informar o procedimento ao paciente;
- Conferir o rótulo com os dados do paciente;
- Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água;
- Esperar o paciente deglutir o medicamento;
- Lavar as mãos;
- Checar após administração.

❖ **OBSERVAÇÕES:**



- Caso o paciente esteja impossibilitado colocar a medicação diretamente na sua boca;
- Verificar se o paciente engoliu o comprimido, nunca deixá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Agitar o frasco que contenha suspensões para homogeneizar a solução
- Todo medicamento deve ser checado após a administração;
- Esta via está contra-indiciada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição. Neste caso utilizar SNG, para veiculação da medicação;
- Apresentações em forma de pó devem ser preparadas antes de serem ingeridas. O pó não deve ser colocado diretamente na boca, atentar para identificação dos frascos com a data, após a diluição dos medicamentos;
- Verificar necessidade de refrigeração e prazo de validade depois de diluído, conforme a recomendação do fabricante;
- Os comprimidos, cápsulas e drágeas são geralmente deglutidas com auxílio de água. As drágeas não devem ser cortadas e nem as cápsulas serem abertas, salvo quando para veiculação via SNG. Os comprimidos podem ser triturados e diluídos quando os pacientes apresentarem dificuldade na deglutição;
- A medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou estejam em jejum para cirurgia;
- Os **medicamentos sublinguais** seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. As medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca. Essa via é utilizada para aplicar medicações em algumas urgências, como, por exemplo: medicações para precordialgia e para hipertensão.

5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0006	Página n.º: 01/02
	Administração de medicação via ocular		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 20/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR

1. Definição

São aplicações de medicamentos líquidos na forma de gotas ou pomadas oculares.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Prontuário do paciente;
- Cuba rim;
- Gases ou lenço de papel;
- Frasco do medicamento ou pomada.

4. Procedimento

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

- Se tiver que ser aplicada uma pomada, esta deverá ser aplicada ao longo de toda a extensão do fundo do saco ocular depositando uma tira fina da mesma, do canto interno para o externo;
- Após aplicação checar a medicação no prontuário.

❖ **OBS:** Nunca utilizar a medicação de um paciente para outro;



5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem

6. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0007	Página n.º: 01/02
	Administração de medicação via nasal		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 20/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL

1. Definição

É a introdução de medicamento sob a forma líquida e introduzido gota a gota no orifício nasal e estende-se desde a mucosa nasal até aos alvéolos. Estes podem ser usados para obtenção de efeitos locais ou sistêmicos.

2. Objetivo

- Tratar infecções e para alívio da congestão nasal.

3. Material Utilizado

- Medicamento com conta-gotas limpo ou frasco com spray;
- Lenço de papel;
- Almofada pequena ou travesseiro (opcional).

4. Procedimento

- Verificar prescrição médica e conferir horário de aplicação do medicamento, nome do paciente, dosagem e qual das narinas devem ser aplicado;
- Para administrar as gotas nasais deve-se determinar qual o seio nasal que está afetado, consultando o prontuário do paciente;
- Inspeccionar as condições do nariz e dos seios nasais, apalpando os seios nasais para verificar a sua sensibilidade;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente quanto à posição e às sensações que devem ser esperadas, como ardor ou sensação de picada da mucosa, ou ainda, sensação de choque quando o medicamento escorrer pela garganta;
- Instruir o paciente para assuar o nariz, a menos que seja contra-indicado (por exemplo: risco de aumento da pressão intracraniana ou sangramentos nasais);
- Administrar as gotas nasais;
- Instruir o doente a respirar pela boca;

- Segurar o conta-gotas a 1cm acima das narinas e instilar o número de gotas prescritas na direção do osso etmóide;
- Orientar a paciente a permanecer na mesma posição entre 2 a 3 minutos.
- Oferecer uma compressa para paciente colocar debaixo do nariz, mas avisá-lo para não assuar por alguns minutos;
- Ajudar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ter sido absorvido;
- Desprezar materiais usados em recipientes apropriados e lavar as mãos;
- Após aplicação checar medicação no prontuário do paciente.



5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de Enfermagem

6. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENFR Nº 0008	Página n.º: 01/02
	Administração de medicação via retal		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 20/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

1. Definição

Consiste na aplicação de medicamento no reto, que permitem a absorção pela mucosa intestinal de muitos fármacos solúveis, que podem gerar efeitos sistêmicos através de supositório* ou clister**.

*Supositórios são formas farmacêuticas destinadas à inserção em orifícios corporais (esp. no ânus ou vagina nos quais amolecem, se dissolvem e exercem efeitos sistêmicos ou localizados.

** A introdução de pequena quantidade de líquidos via retal chama-se Clister (até 150 ml). Acima desta quantidade é chamada Enterocisma ou Lavagem intestinal.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Aplicador descartável;
- Lubrificante;
- Medicamento prescrito;
- Papel toalha;
- Comadre;
- Luvas de procedimento.

4. Procedimento

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



5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

5. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0009	Página n.º: 01/02
	Administração de hemocomponente		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Ivonizete Pires Ribeiro	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1. Definição

É um tipo de terapia eficaz em situações de choque, hemorragias ou doenças sanguíneas. Frequentemente usa-se em intervenções cirúrgicas, traumatismos, hemorragias digestivas ou em outros casos em que tenha havido grande perda de sangue.

Sangue total: restaura a volemia e mantém a perfusão e a oxigenação tecidual.

Concentrado de hemácias: aumenta a capacidade de transporte de oxigênio por aumento da massa de hemácias circulante.

Concentrado de plaquetas: as plaquetas são essenciais para a hemostasia normal. O número adequado de plaquetas previne ou cessa um sangramento ativo.

Crioprecipitado: repõe o fibrinogênio e o fator VIII.

Plasma: reposição de fatores de coagulação.

Observação: Não se recomenda, em nenhum caso, a administração simultânea de medicação e hemoderivados.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bolsa do hemocomponente;
- Equipo próprio para transfusão (fornecido pela Agência transfusional);
- Dispositivo intravenoso nº 18 (jelco) ou Scalp nº 19;
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Garrote (largo);
- Esparadrapo ou micropore;
- Luvas de procedimento.

4. Procedimento

4.1 Antes da administração de hemocomponente

- Verificar o preenchimento correto da solicitação do hemocomponente;
- Verificar se o nome e o número do prontuário conferem com a etiqueta da bolsa
- Certificar-se do tipo sanguíneo ABO/RH;
- Se houver necessidade de coletar amostra de sangue, identificar o tubo antes da coleta e certificar-se de identificá-lo corretamente;
- Certificar-se da história transfusional pregressa e das reações adversas anteriores. Se o cliente citar reações, comunicar ao médico;
- Conferir a prescrição médica, quantidade a ser administrada, a velocidade, e o tempo de infusão, que não deve ultrapassar 04 horas;
- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Verificar SSVV e anotá-los no prontuário para estabelecer o parâmetro inicial;
- Observar a presença de febre (38,7°C ou mais) comunicar ao médico;
- Providenciar acesso venoso ou verificar a permeabilidade de um acesso já existente.
- Certificar-se de que o calibre é adequado ou verificar a disponibilidade de via de acesso central;
- Orientar o paciente/acompanhante sobre a possibilidade de reações adversas.

4.2 Durante a administração de hemocomponente

- Realizar a administração do hemocomponente em temperatura ambiente. Caso estejam muito gelados, aguardar cerca de 20 minutos;
- Anotar no prontuário o início da infusão e conferir a prescrição médica;
- Colar a etiqueta com o número da bolsa do hemocomponente na prescrição;
- Observar rigorosamente o cliente nos 15 minutos iniciais, administrando o hemocomponente lentamente até atingir a prescrição estabelecida pelo médico.

4.3 Após administração de hemocomponente

- Lavar as mãos antes e após;
- Desconectar a bolsa do acesso venoso e comunicar a Agência Transfusional para coletar a embalagem, para posterior descarte final;
- Verificar SSVV e anotar no prontuário;
- Observar atentamente o cliente nos 15 minutos após o término da transfusão;
- Realizar visita pós transfusional e observar reações adversas.

5. Responsabilidade



- ✓ O enfermeiro é o responsável direto por cumprir a rotina pré-instalação e todos os passos subsequentes.
- ✓ Técnico de enfermagem da Agência Transfusional (instalação da hemotransfusão e descarte da bolsa – embalagem).

6. Referências

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

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

PORTARIA Nº 1.353 DE 13 DE JUNHO DE 2011.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0010	Página n.º: 01/03
	Administração de insulina		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

1. Definição

Consiste no tratamento primário para todos os pacientes com Diabetes mellitus (DM) tipo I e tipo II que não sejam adequadamente controlados por dieta e/ou fármacos hipoglicemiantes orais e para pacientes com diabetes pós-pancreatomia ou diabetes gestacional.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bandeja (cuba rim);
- Frasco de Insulina U-100 tipo NPH (N), Regular (R) ou ultra- rápida (Lispro);
- Álcool 70%;
- Seringa 1ml de 100 unidades;
- Agulha 13X 4,5.

4. Procedimento

- Ler a prescrição médica e verificar: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação (aplicação);
- Lavar as mãos;
- Preparar medicamento conforme técnica (aspirar o conteúdo da medicação do frasco e retirar todo o ar da seringa);
- Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente;
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;

- Checar as condições da região escolhida;
- Fazer anti-sepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;
- Com a mão não dominante fazer uma prega na pele utilizando o dedo indicador e polegar, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido.
- Para o paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90°;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa/agulha rapidamente, não massagear o local e não aspirar (fazer rodízio na próxima aplicação);
- Deixar o posto de enfermagem organizado;
- Checar o procedimento no prontuário e anotar no prontuário o local que foi administrado à insulina.

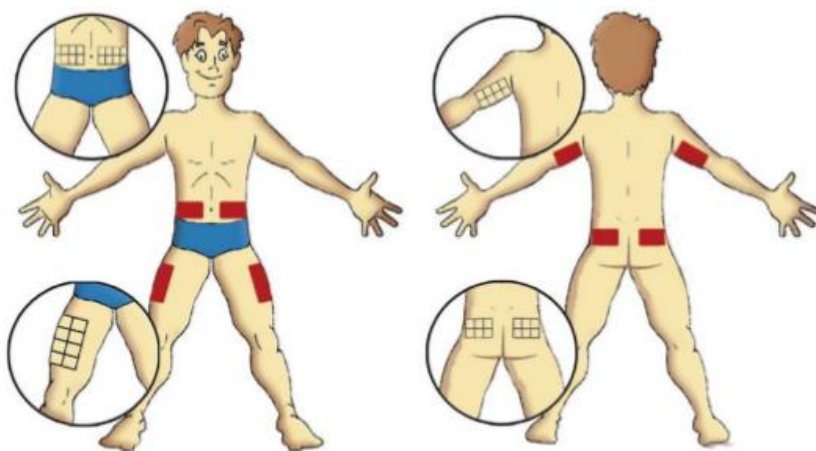
❖ OBSERVAÇÕES:

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

ATENÇÃO:

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

LOCAIS PARA RODÍZIO DE APLICAÇÃO DE INSULINA



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

5. Responsabilidade



- ✓ Equipe de enfermagem.

6. Referências

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

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

POTTER Perry. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Elsevier Editora Ltda: Rio de Janeiro, 2009.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0011	Página n.º: 01/02
	Administração de Nutrição Enteral (NE)		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francina Amorim Neta Lopes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)

1. Definição

Alimentação para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Luvas de procedimento;
- Frasco com nutrição enteral prescrita;
- Equipo próprio para nutrição enteral;
- Seringa de 20ml;
- Copo com água potável;
- Estetoscópio;
- Suporte de soro;

- Bomba de infusão.

4. Procedimento



- Explicar ao paciente e sua família durante sobre a indicação do procedimento;
- Explicar sobre o posicionamento correto da sonda e sua fixação e os riscos de seu deslocamento;
- Esclarecer ao paciente e sua família a necessidade de manter o paciente em decúbito elevado;
- Explicar ao paciente a importância de notificar a ocorrência de náuseas, vômitos, flatulência, aerofagia, dores abdominais, frequência e aspecto das evacuações;
- Consultar a prescrição médica e verificar o rótulo da dieta;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Preparar o paciente colocando-o semi-sentado com cabeceira elevada a 30°;
- Calçar luvas de procedimento;
- Confirmar o posicionamento da sonda;
- Aspirar conteúdo da sonda antes de iniciar a administração da dieta;
- Verificar volume aspirado, caso o volume seja superior a 50% do volume a ser administrado, **não administrar a dieta**;
- Programar a bomba de infusão;
- Instalar o frasco da dieta no suporte de soro e preencher o equipo com a dieta
- Lavar a sonda com 20 ml de água potável;
- Conectar o equipo da dieta a sonda e administrar a dieta por bomba de infusão, conforme prescrição, de forma contínua ou intermitente;
- Monitorar a infusão da dieta;
- Ao término da dieta, pinçar a sonda, retirar o equipo e lavar novamente a sonda com 20 ml de água potável;
- Se houver obstrução da sonda, o procedimento recomendado para desobstrução é a lavagem da mesma com aproximadamente 20 ml de água sob pressão, ou com volume maior, utilizando uma seringa.

5. Responsabilidade

- ✓ Auxiliar ou técnico de enfermagem.

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0012	Página n.º: 01/02
	Administração de Nutrição Parenteral Total (NTP)		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Adriana de Andrade Bastos	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)

1. Definição

Consiste na administração de nutrientes necessários (água, eletrólitos, glicose, proteínas, sais minerais e vitaminas) para a sobrevivência por outras vias que não o trato gastrointestinal, ou seja, por via endovenosa (cateter venoso central), permitindo assim a manutenção da homeostase, já que as calorias e os aminoácidos necessários são supridos.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Preparar material para o médico realizar o acesso venoso central;
- Bandeja de subclávia;
- Pacote estéril para pequena cirurgia;
- Cateter de subclávia;
- Seringa de 20 ml;
- Seringa de 10 ml;
- Fio cirúrgico nylon 4-0;
- PVPI tópico;
- Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor;
- Agulha 40x12;
- Agulha 25x7 ou 30x8;
- Luvas estéreis nº 7,5 ou 8,0;
- Esparadrapo;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Equipo de soro;
- Equipo para infusão da nutrição parenteral;

- Bomba de infusão.

4. Procedimento

4.1 Para instalação

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

4.2 Conservação e infusão

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

4.3 Com o acesso venoso



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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0013	Página N.º 01/02
	Aerossolterapia		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

AEROSSOLTERAPIA

1. Definição

É a administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido, com ou sem medicação nas vias aéreas superiores.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Copinho e circuito de nebulização;
- Água destilada;
- Medicação prescrita conforme prescrição médica.

4. Procedimento

- Lavar as mãos antes do preparo;
- Preparar o material necessário de forma asséptica
Anotar a frequência cardíaca antes e após o tratamento (se uso de broncodilatador)
Montar o aparelho regulando o fluxo de O₂ ou ar comprimido com 4 a 5 litros por minuto;
- Colocar o paciente numa posição confortável, sentado ou semi - fowler (maior expansão diafragmática);
- Orientar o paciente que inspire lenta e profundamente pela boca
Checar na papeleta e anotar o procedimento, reações do paciente e as características das secreções eliminadas;

- Orientar o paciente para manter os olhos fechados durante a nebulização se em uso de medicamentos;
- Orientar o paciente a lavar o rosto após a nebulização, S/N Providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais usados (aparelho) Usar água destilada para diluição do medicamento;
- Checar o horário no prontuário.

4.1 Medicação

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

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



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

5. Responsabilidade

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0014	Página n.º: 01/03
	Anotações de enfermagem		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Danielle Pereira Dourado	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Definição

São dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

As anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com nome completo do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Prontuário;
- Caneta azul ou preta se diurno e caneta vermelha se for noturno;

4. Procedimento

Durante a admissão devem ser anotados:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas);
- Presença e acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;

- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas.

5. Recomendações

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

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (cirurgia ou exames);
- Necessidade de auxílio ou não;
- Em caso de recusa deve-se indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.).

Para diurese devem-se anotar os seguintes aspectos:

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

Para evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Queixas.

Para administração de medicamentos devem ser anotados os seguintes itens:

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



6. Responsabilidade

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

7. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0015	Página n.º: 01/01
	Alta do paciente		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Danielle Pereira Dourado	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ALTA DO PACIENTE

1. Definição

A alta hospitalar é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do estado do paciente ou óbito. Outros motivos podem gerar altas hospitalares como: pedido de paciente ou responsável, necessidade de transferência para hospitais especializados, recusa do paciente/responsável em acatar o tratamento indicado, etc.

2. Objetivo

- Otimizar a alta do paciente sistematizando o atendimento.

3. Material Utilizado

- Prontuário do paciente;
- Receituário médico;
- Resumo de alta com todas as informações pertinentes;
- Presença de um familiar ou responsável.

4. Procedimento



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

5. Responsabilidade

- ✓ O procedimento deverá ser realizado pelo médico. À equipe de enfermagem cabe realizar as orientações pertinentes e contactar os setores do hospital para dar os encaminhamentos necessários à saída do paciente e seus familiares.

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0016	Página n.º: 01/02
	Aspiração das vias aéreas superiores		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 sonda de aspiração;
- 01 máscara descartável padrão;
- 01 aspirador;
- 01 frasco coletor descartável;
- 01 extensão de silicone (borracha) esterilizado para aspiração;
- 01 óculo protetor;
- 02 ampolas de (10ml) água destilada.

4. Procedimento

- Preparar o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Lavar as mãos.
- Checar o leito e o nome do cliente;
- Identificar-se
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Posicionar o cliente (decúbito elevado);
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;

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

5. Responsabilidade



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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0017	Página n.º: 01/03
	Aspiração traqueal de pacientes intubados e traqueostomizados com sistema aberto.		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria do Amparo da Silva Bida Mesquita.	Revisado por: José Dílson Marques Filho	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE PACIENTES INTUBADOS E TRAQUEOSTOMIZADOS COM SISTEMA ABERTO

1. Definição

É a retirada passiva de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia de forma asséptica, por meio de um cateter conectado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Soro fisiológico 0,9 % 100ml;
- Água destilada 500ml;
- Seringa 10 ml;
- Cateter para aspiração nº12 ou nº14;
- Luvas estéreis nº.7,5 ou nº. 8,0;
- Óculos de proteção;
- Aspirador elétrico ou rede de vácuo;
- Gazes estéreis;
- Máscara;
- Extensão de látex silicone esterilizado;
- Água destilada de 10ml, 02 ampolas.

4. Procedimento

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

❖ **OBSERVAÇÃO:** O frasco com a secreção aspirada deve ser desprezada a cada 6 horas ou quando necessário e o recipiente deve ser lavado com água e detergente enzimático;

5. Recomendações

- A aspiração somente deverá ser realizada quando necessária, isto é, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção

visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela do ventilador, e nunca de rotina;

- Caso o indivíduo que estiver realizando a aspiração seja canhoto, a descrição deverá ser invertida, ou seja, onde diz mão direita considerar esquerda;
- Não aspirar por mais de 15 segundos e deixar intervalos de alguns segundos entre cada aspiração, intercalando com o oxigênio;
- Observar o valor da oximetria de pulso e frequência respiratória no momento da aspiração;
- O soro fisiológico só deve ser usado em casos necessários (secreção espessa e rolhas);
- Caso houver resistência na retirada do cateter durante a aspiração (colapso na mucosa traqueal) deve-se desconectar a fonte de sucção e retirar o cateter.


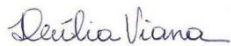
6. Responsabilidade

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

7. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0018	Página n.º: 01/02
	Avaliação Pupilar		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Paula Cristina Santos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

AVALIAÇÃO PUPILAR

1. Definição

A avaliação do padrão pupilar consiste em avaliar o tamanho das pupilas, sua simetria e presença de reflexo foto motor. O tamanho pupilar é controlado pelo sistema nervoso simpático e parassimpático. O primeiro ocasionando dilatação (MIDRIÁSE—7 a 8 mm),o segundo ocasionando contração (MIOSE—1 a 2mm). Uma diferença pupilar de 1 mm é considerada normal. É considerada uma variação normal de 2 a 6 mm,com diâmetro médio de 3,5 mm.

❖ Classificação:

- **ISOCÓRICAS:** pupilas com diâmetros iguais.
- **ANISOCÓRICAS:** uma pupila maior do que a outra provável lesão no cérebro (no lado inverso da pupila dilatada).
- **MIDRIÁSE:** pupila dilatada.
- **MIOSE:** pupila contraída. Provável choque anafilático (overdose, intoxicação, uso de anestésico nas cirurgias, etc.).
- **FOTORREAGENTES:** quando reage à exposição da luz contraindo-se e dilatando no escuro.

Observação:

- Se é lentamente reativa à luz- provável compressão do nervo óptico, pode ser edema, hematoma, etc.
- Se não reage à luz – provável lesão em ambos os lados do cérebro, um dos critérios para morte encefálica.

A avaliação pupilar deve ser utilizada em toda avaliação neurológica, com intervalos regulares, principalmente nos pacientes que possuem patologias neurológicas, poli traumatizados com TCE e em pós-operatório imediato de cirurgias neurológicas, estes devem ser avaliados de hora em hora nas primeiras 12 horas.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Lanterna clínica.

4. Procedimento

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

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



6. Responsabilidade

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

7. Referências

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

PALVEQUEIRES, S, *et al.* **Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma e Emergências Cardiovasculares (MAST)**. 5 ed. EDA, Rio de Janeiro, 2002.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0019	Página n.º: 01/02
	Baciloscopia de escarro ou coleta de amostra de escarro para BK		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Heronilda de Araújo Silva	Revisado por: Luiza Pereira da Silva	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

BACILOSCOPIA DE ESCARRO OU COLETA DE AMOSTRA DE ESCARRO PARA BK

1. Definição

É um método de fundamental em adultos, para o diagnóstico e controle do tratamento da Tuberculose Pulmonar. É a pesquisa bacteriológica direta no escarro do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) pelo método de Ziehl-Nielsen.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 01 pote plástico descartável, com boca larga (50 mm de diâmetro), transparente, com tampa de rosca, altura de 40 mm, capacidade de 35 a 50 ml;
- 01 etiqueta de identificação contendo: nome do paciente, data da coleta e data de nascimento.

4. Procedimento



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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0020	Página n.º: 01/03
	Banho no leito		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 01/03/2012	Implantado: 06/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Celeste Maria do Nascimento Silva	Revisado por: Nirvania do Vale Carvalho	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

BANHO NO LEITO

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir todo o material necessário e levar ao leito do paciente, arrumando na mesa de banho;
- Avaliar a necessidade de higiene do couro cabeludo, se necessário proceder à lavagem conforme a técnica;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante, quando possível;

- Preservar a privacidade do paciente protegendo o leito com cortinas/biombo;
- Arrumar a roupa de cama, obedecendo à seqüência de utilização;
- Calçar luvas de procedimento;
- Desprender a roupa de cama;
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente, descer o lençol em leque até a região pubiana e deixar os braços sobre a toalha;
- Fazer a higiene oral, conforme técnica;
- Fazer a higiene ocular, utilizando as mechas de gazes, do canto interno para o externo;
- Iniciar a higiene do rosto, seguindo a seqüência face e pescoço, realizando sempre o enxágüe, enxugando cada área após a higiene;
- Fazer higiene dos braços, mãos e axilas, realizando sempre enxágüe, despejando com a jarra água na bacia;
- Observar as condições das unhas lave-as, se necessário, corte-as após o banho;
- Descobrir o tórax e o abdômen do paciente, ensaboando, enxaguando e enxugando;
- Observar a região infra-mamária nas pacientes do sexo feminino, secando bem a região;
- Posicionar-se aos pés do leito, e inicie a higiene dos MMII, lave as pernas com movimentos contínuos até os pés (observar espaços interdigitais);
- Desprezar a água da bacia e colocar água limpa da jarra;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, iniciar a higiene das costas e das nádegas do paciente, ensaboar, enxaguar e enxugar; realizar a massagem de conforto com hidratante;
- Colocar a roupa de cama limpa, colocar a toalha sob a região glútea;
- Retornar o paciente á posição dorsal, iniciando a higiene íntima conforme técnica, se o paciente não for capaz de fazê-la;
- Certificar-se que o paciente está completamente limpo e seco;
- Retirar as luvas;
- Elevar a cabeceira e deixá-la em posição confortável;
- Vestir o paciente deixando-o confortável;
- Deixar a unidade em ordem;
- Registrar o procedimento no prontuário.

5. Recomendações

- Verificar na prescrição de enfermagem se o paciente pode ser mobilizado, e se existe algum cuidado especial a ser realizado durante o banho;
- Os curativos não deverão ser retirados durante o banho, sendo realizados com técnica asséptica logo após;
- Observar o manuseio de pacientes em uso de drenos, cateteres, tubos orotraqueais e sondas;

- Trocar as fixações dos tubos orotraqueais, (se for paciente de UTI), sondas e cateteres de acordo com a rotina do serviço, a cada 24 horas.

6. Responsabilidade



- ✓ Técnicos e auxiliares de enfermagem supervisionados pelo Enfermeiro.

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0021	Página n.º: 01/03
	Cateterismo Vesical de Alívio		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

1. Definição

É a introdução de um cateter, sem “cuff”, por meio da uretra até a bexiga, para o esvaziamento momentâneo da urina.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

Colocar em uma bandeja:

- 01 par de luvas estéreis nº 7,5 ou 8,0;
- 01 sonda uretral nº 12 ou 14;
- 01 lubrificante estéril (gel anestésico) ou vaselina;
- 01 bandeja para cateterismo vesical estéril;
- 01 frasco de polivinilpirrolidono-iodo (PVC-I) tópico 1%;
- 02 pares de luvas de procedimento;
- 01 saco para lixo;
- Em pacientes alérgicos a iodo, utilizar clorexidina aquosa a 0,2%;
- 01 comadre ou papagaio.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar ao paciente e familiar o procedimento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Higienizar a região perineal com água e sabão (técnica de higiene íntima);
- Desprezar as luvas;
- Lavar as mãos;

- Abrir a bandeja e os pacotes de gaze estéril;
- Calçar luvas estéreis;
- Fazer a assepsia com solução de PVP-I tópico na região perineal;
- Lubrificar a sonda vesical de alívio com xilocaína geléia ou vaselina;
- Introduzir a sonda vesical de alívio na uretra do (a) paciente e colocar a ponta em um recipiente (papagaio ou comadre);
- Aguardar a drenagem da diurese;
- Retirar a sonda vesical de alívio após esvaziamento da bexiga;
- Retirar as luvas e anotar o débito e as características da diurese no prontuário.

❖ **Sexo Feminino:**

- Flexionar e afastar os membros inferiores (MMII);
- Afastar os pequenos e grandes lábios e colocar 03 gazes estéreis umedecidas com PVP-I com meato urinário;
- Desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Abrir um pacote de cateterismo vesical, colocando a ponta do campo em diagonal sob o paciente;
- Abrir uma embalagem de cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;
- Abrir o lacre do lubrificante estéril;
- Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Separar os pequenos e grandes lábios com o dedo indicador e polegar da mão não os mantendo afastados durante todo o procedimento;
- Retirar, com o auxílio da pinça, as gazes umedecidas com PVP-I tópico;
- Lubrificar o cateter vesical com gel anestésico;
- Introduzir no meato urinário o cateter vesical por aproximadamente 10 cm;
- Observar o retorno da urina;
- Retirar e desprezar o cateter ao termino da drenagem;
- Recolher o material;
- Desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto e intercorrências;
- Checar a realização do procedimento na prescrição médica.

❖ **Sexo Masculino:**

- Afastar os MMII;
- Expor a glande e colocar gaze umedecida com PVP-I tópico em contato com meato urinário;
- Desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Abrir o pacote de cateterismo, colocando-o entre as pernas do paciente;
- Abrir a embalagem do cateter vesical e colocá-lo sobre o campo estéril;
- Abrir o lubrificante estéril;
- Abrir o pacote de luva estéril, mantendo a embalagem interna;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas estéreis;
- Lubrificar a sonda vesical de alívio com o lubrificante;
- Segurar o pênis com a mão não dominante, perpendicular ao abdome;

- Retirar a gaze que está em contato com o meato urinário utilizando a pinça para assepsia;
- Introduzir no meato urinário o cateter vesical utilizando a mão dominante;
- Observar o retorno da urina;
- Retirar e desprezar o cateter ao termino da drenagem;
- Recolher o material;
- Desprezar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na anotação de enfermagem o procedimento, calibre do cateter, aspecto e intercorrências;
- Checar a realização do procedimento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário.

5. Recomendação

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

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0022	Página n.º: 01/03
	Cateterismo vesical de demora (feminino)		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Sílvia Maria Oliveira de Deus Vieira	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (FEMININO)

1. Definição

É um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma sonda ou cateter através da uretra na bexiga para remoção da urina. A sondagem vesical pode ser de alívio, quando há a retirada da sonda após o esvaziamento vesical; ou de demora quando há a necessidade de permanência da mesma.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 01 Pacote de Cateterismo Vesical de demora;
- 01 Ampola com água destilada;
- 01 Seringa de 10 ou 20ml;
- 01 Sonda vesical de demora nº 12;
- 01 Par de luva estéril;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 Sistema fechado para diurese;
- 01 gel de xilocaína ou vaselina;

- 01 frasco de PVPI tópico (Em pacientes alérgicos a iodo, utilizar clorexidina aquosa a 0,2%);
- Esparadrapo;
- 01 saco para lixo.

4. Procedimento

- Organizar todo o material;
- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente consciente sobre o procedimento;
- Manter a privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente, no caso das mulheres a posição ginecológica;
- Abrir o pacote de cateterismo e em seguida calçar as luvas estéreis;
- Nas mulheres, realizar a antisepsia da região pubiana, grandes lábios e colocar campo fenestrado; entreabrindo os pequenos lábios e fazer antisepsia do meato uretral, sempre no sentido uretra- ânus, levando em consideração de que a mão em contato com esta região é contaminada e não deve voltar para o campo ou sonda;
- Preparar o sistema fechado para diurese (bolsa coletora) conectando-se à sonda vesical de demora;
- Introduzir a sonda lubrificada no meato urinário até a verificação da saída de urina. Se for sonda de Foley, insuflar o balão de segurança com água destilada, obedecendo ao volume identificado na sonda;
- Conectar a extensão e em seguida fixar a sonda na coxa da paciente com esparadrapo;
- Retirar as luvas e reunir o material utilizado;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Lavar as mãos;
- Observar o aspecto da diurese e anotar no prontuário.

5. Recomendações

- ❖ Como todo procedimento invasivo, deve-se observar algumas regras para a diminuição do risco de infecção do trato urinário, tais como:
 - Nunca elevar a bolsa coletora acima do nível vesical;
 - Fazer a limpeza completa 2 (duas) vezes ao dia ao redor do meato uretral;
 - Nunca desconectar o sistema de drenagem fechado;

- Realizar troca da sonda na vigência de sinais inflamatórios, sangramento peri-uretral , contaminação do coletor, presença de grumos no coletor, dor ou ardência na uretra.

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0023	Página n.º: 01/03
	Cateterismo vesical de demora (masculino)		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Sílvia Maria Oliveira de Deus Vieira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (MASCULINO)

1. Definição

É um procedimento invasivo que consiste na introdução de uma sonda ou cateter através da uretra na bexiga para remoção da urina. A sondagem vesical pode ser de alívio, quando há a retirada da sonda após o esvaziamento vesical; ou de demora quando há a necessidade de permanência da mesma.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 01 Pacote de Cateterismo Vesical de demora;
- 01 Ampola com água destilada;
- 01 Seringa de 10 ou 20ml;
- 01 Sonda vesical de demora nº 14 (pode ser ainda 16 ou 18);
- 01 Par de luva estéril;
- 01 Par de luvas de procedimento;

- 01 Sistema fechado para diurese;
- 01 gel de xilocaína ou vaselina;
- 01 frasco de PVPI tópico (Em pacientes alérgicos a iodo, utilizar clorexidina aquosa a 0,2%);
- Esparadrapo ou micropore;
- 01 saco para lixo.

4. Procedimento

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

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0024	Página n.º: 01/02
	Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA LIMPA

1. Definição

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

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 01 Par de Luvas de procedimento;
- ☐ 01 Par de Luva estéril;
- 01 frasco de Soro fisiológico a 0,9%;
- 01 Pacote de curativo;
- Esparadrapo ou micropore®;
- 01 Atadura de Crepon (S/N);
- Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Saco plástico para resíduos infectantes.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Comunicar o que vai ser realizado ao cliente;
- Calçar luva de procedimento;
- Retirar o curativo (anterior);
- Lavar as mãos;

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

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.



7. Referências

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

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0025	Página n.º: 01/02
	Curativo de ferida aberta		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CURATIVO DE FERIDA ABERTA

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- 01 Par de Luva de procedimento;
- 01 Par de Luva estéril;
- 01 Frasco de Soro fisiológico a 0,9%;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Pacote de curativo;
- 03 Pacotes de Gaze estéril (7,5x 7,5);
- 01 Pacote de Compressa estéril;
- Esparadrapo ou micropore®;
- 01 Atadura de Crepon (S/N);
- EPI (Máscara, avental descartável impermeabilizante);
- Saco plástico para resíduos infectantes

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Comunicar ao cliente o que vai ser realizado;

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

❖ **A SEGUIR**

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

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0026	Página n.º: 01/02
	Curativo do Cateter Venoso Central-CVC		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CURATIVO DO CATETER VENOSO CENTRAL-CVC

1. Definição

É o procedimento asséptico realizado no local de inserção do cateter venoso central.

2. Objetivo

- Evitar a contaminação de feridas limpas.

3. Material Utilizado

- 01 Pacote de curativo estéril;
- 02 Pacotes de gazes estéril;
- Esparadrapo comum, micropore ou filme transparente semi-permeável;
- 01 frasco de Soro Fisiológico a 0,9%;
- Luvas de procedimento;
- 01 par de Luva estéril;
- Biombo;
- Saco plástico para resíduos infectantes.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Proteger o paciente com biombo, se necessário;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar as pinças com os cabos voltados para borda do campo;
- Colocar gazes em quantidade suficiente sobre campo estéril;
- Umedecer o curativo anterior com SF 0,9% para facilitar a retirada;
- Remover o curativo anterior com pinça dente de rato, desprezando-o no saco plástico branco para resíduos infectantes e a pinça na borda do campo;

- Montar a pinça “Kelly” com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9%;
- Limpar a região ao redor do ponto de inserção com SF 0,9%;
- Secar a região do ponto de inserção e a seguir ao redor do mesmo, utilizando uma gaze para cada local;
- Aplicar a solução anti-séptica no ponto de inserção em direção ao cateter e posteriormente na região ao redor do ponto de inserção;
- Colocar uma gaze ao redor do local de inserção do cateter e fixá-la com esparadrapo/micropore® ou ocluir com curativo transparente semi-pesmeável;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Observar as reações do cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento anotando o aspecto no prontuário.

5. Recomendações

- Colocar o nome, data e horário sobre o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Registrar na evolução de enfermagem.

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0027	Página n.º: 01/01
	Curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CURATIVO PARA RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL-CVC

1. Definição

É o procedimento realizado para a retirada do cateter venoso central.

2. Objetivo

- Evitar a permanência prolongada para minimizar as infecções e/ou se o local de inserção apresentar sinais flogísticos ou presença de secreção purulenta.

3. Material Utilizado

- 01 Pacote de curativo estéril;
- Esparadrapo;
- 01 par de Luva estéril;
- 01 de Lâmina de Bisturi;
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- PVPI Tópico;
- Saco plástico para resíduos infectantes.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
- Umedecer o curativo;
- Realizar a anti-sepsia do local de inserção do cateter;
- Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos com lâmina de bisturi;
- Retirar o cateter venoso central;
- Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia;
- Manter o curativo adesivo durante 24 horas após a retirada;

- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Observar as reações do cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento anotando o aspecto no prontuário.

5. Recomendação

- Retirar o cateter nas situações: apresentar-se obstruído, com presença de sinais flogísticos, secreção purulenta ou de acordo com o médico assistente/plantonista;
- De acordo com a prescrição médica.

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0028	Página n.º: 01/02
	Curativo para retirada de Cateter Venoso Central-CVC com infecção		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

CURATIVO PARA RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL- CVC COM INFECÇÃO

1. Definição

É o procedimento realizado para a retirada do cateter venoso central.

2. Objetivos

- Facilitar a cicatrização.
- Reduzir a infecção.

3. Material Utilizado

- 01 pacote de curativo;
- 02 pacotes de gaze;
- Esparadrapo;
- 01 par de Luva estéril;
- 01 Lâmina de Bisturi;
- 01 Frasco estéril (coleta de secreção);
- 01 frasco de Soro fisiológico 0,9%;
- PVPI Tópico;
- Saco plástico para resíduos infectantes.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e encaminhá-lo a unidade;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos;
- Umedecer o curativo com soro fisiológico para facilitar a retirada do mesmo;
- Realizar a anti-sepsia do local de inserção do cateter;
- Soltar a fixação dos pontos cirúrgicos com a lâmina de bisturi;
- Retirar o cateter venoso central;

- Fechar rapidamente o orifício de inserção do cateter com curativo oclusivo devido ao risco de embolia;
- Coletar a ponta do cateter com técnica asséptica. Retirar cerca de 5 cm com o auxílio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril;
- Encaminhar ao laboratório junto à solicitação médica;
- Retirar as luvas;
- Colocar o resíduo (lixo) no saco plástico (desprezar no expurgo);
- Observar as reações do cliente;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento anotando o aspecto no prontuário.

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

5. Responsabilidade



- ✓ Enfermeira (o).

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0029	Página n.º: 01/02
	Colocação de dispositivo urinário		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2013 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO URINÁRIO

1. Definição

É a colocação de um dispositivo urinário em volta do pênis e possuem uma abertura na sua extremidade a qual é adaptada ao frasco coletor por meio de um intermediário.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Material para higiene íntima masculina;
- Aparelho de tricotomia;
- Luvas de procedimentos;
- Dispositivo de incontinência urinária;
- Frasco coletor para drenagem de urina com intermediário;
- Esparadrapo;
- Biombo;

4. Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento para o paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

- Assegurar a privacidade do paciente com biombo ao redor do leito;
- Calçar luvas de procedimento;
- Cortar excesso de pêlos;
- Examinar o estado do pênis;
- Realizar higiene íntima masculina;
- Segurar o corpo do pênis com a mão não dominante, enquanto a mão dominante segura o dispositivo na ponta e delicadamente o desenrola sobre o mesmo (no sentido da glândula para a raiz do pênis);
- Deixar um espaço de 2 a 5 cm entre a ponta da glândula e a extremidade do dispositivo;
- Fixar com esparadrapo de forma circular, porém sem apertar muito o corpo do pênis.
- Adaptar o dispositivo ao intermediário;
- Observar a drenagem da urina no frasco coletor;
- Manter paciente confortável;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Manter a unidade do paciente em ordem;
- Checar prescrição de enfermagem;
- Realizar anotações de enfermagem.

5. Recomendação

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



6. Responsabilidade

- ✓ Enfermeira (o).

7. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0030	Página n.º: 01/02
	Encaminhamento de paciente para o centro cirúrgico		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO

1. Definição

É a atividade realizada pela equipe de enfermagem no preparo do paciente em pré-operatório para o centro cirúrgico.

2. Objetivo

- Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, sem danos ao mesmo após solicitação.

3. Material Utilizado

- Prontuário e exames;
- Termômetro;
- Estetoscópio e tensiômetro;
- Máscara e luvas;

4. Procedimento

- Comunicar ao paciente o seu encaminhamento, com segurança e tranquilidade;
- Organizar o prontuário, conferido exames;
- Verificar prescrição médica e de enfermagem;
- Orientar ao paciente quanto: retirada de prótese e adornos;
- Conferir jejum, banho com sabão neutro, tricotomia e vestimentas;
- Orientar que o paciente urine antes de ser encaminhado ao CC;
- Verificar e registrar no prontuário os sinais vitais;
- Conferir termo de autorização ou responsabilidade quando necessário;
- Realizar registro de enfermagem;
- Encaminhar o paciente em cadeira de rodas ou maca de transporte (acompanhado pelo maqueiro);
- Lavar as mãos.

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade

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

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0031	Página n.º: 01/02
	Gavagem		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Luzirene da Silva Santos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

GAVAGEM

1. Definição

Método de alimentação e/ou administração de medicamentos à pacientes inconscientes ou impossibilitados de deglutir, através de uma sonda naso ou orogástrica.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 01 frasco com a dieta prescrita;
- 01 Seringa de 20ml;
- 01 Equipo de soro macro gotas;
- 01 Copo com água potável;
- Um estetoscópio;
- 01 par de luva de procedimento;
- Prontuário.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente;
- Colocar o paciente em posição de Fowler;
- Calçar luvas;
- Conectar o equipo de soro ao frasco da dieta;
- Retirar o ar do equipo;
- Explicar o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Colocar o paciente em posição de Fowler para facilitar a introdução da dieta, caso não seja contra-indicação;

- Conferir o horário, rótulo e aspecto da dieta;
- Verificar temperatura da dieta, que deverá estar em temperatura ambiente;
- Colocar o frasco da dieta no suporte do soro;
- Certificar-se do posicionamento correto da sonda.
- Conectar a sonda nasoentérica/nasogástrica ao equipo do frasco da dieta;
- Abrir a pinça do equipo e controlar o gotejamento que deverá ser constante, lento (gota a gota);
- Observar a reação do paciente;
- Lavar a sonda injetando água para remover os resíduos com o uso da seringa, após o término da introdução da dieta / medicação;
- Fechar a sonda;
- Manter a cabeceira elevada por mais 30 minutos na posição de Fowler após a administração da dieta;
- Manter a unidade limpa e organizada;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro ou Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.



7. Referências

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

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0032	Página n.º: 01/02
	Glicemia capilar periférica		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Sílvia Marques de Moraes	Revisado por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

GLICEMIA CAPILAR PERIFÉRICA

1. Definição

É a dosagem da glicose no sangue capilar.

- ❖ **Normal** - glicemia de jejum entre 70 mg/dl e 99mg/dl e inferior a 140mg/dl 2 horas após alimentação (ou após sobrecarga de glicose).
- ❖ **Hipoglicemia**- inferior a 70mg/dl;
- ❖ **Hiperglicemia** - superior a 200 mg/dl.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Fita-teste para glicemia;
- Lanceta ou agulha (13x4, 5), e na inexistência desta usar agulha 25x7;
- Algodão seco e embebido com álcool a 70%.

4. Procedimento

- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Selecionar o local da punção: polpas dos dedos (mãos e pés) ou lóbulos das orelhas, realizando sempre rodízio do local de punção;
- Realizar anti-sepsia com álcool a 70%.
- Pressionar e puncionar com agulha ou lanceta;
- Fazer com que a área reagente da fita-teste entre em contato com o sangue;
- Secar o local da punção, certificando-se da interrupção do sangramento;
- Aguardar o tempo de leitura da fita-teste;
- Registrar o resultado na folha de controle dos sinais vitais;

- Comunicar alterações dos valores a enfermeira ou médico.

5. Responsabilidade


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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0033	Página n.º: 01/02
	Higiene Oral		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Samara Barbosa Viana Paz	Revisado por: Nirvania do Vale Carvalho	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

HIGIENE ORAL

1. Definição

A higiene bucal em UTI é considerada um procedimento básico, indispensável de enfermagem que consiste em realizar o cuidado com a cavidade oral do paciente com intubação traqueal ou traqueostomia, submetidos ou não ventilação mecânica. É essencial para o estabelecimento e manutenção da saúde bucal, visto que existem estudos científicos indicando que problemas bucais têm condições de atuar como foco de disseminação de microorganismos patogênicos, com efeito, metastático sistêmico, especialmente em pessoas com saúde comprometida.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Escova dentária ou bastões (espátulas), pacotes de gazes, solução de clorexidina a 0,12%, látex, sugador, copo descartável, luva de procedimento.

4. Procedimento

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

5. Responsabilidade



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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0034	Página n.º: 01/02
	Higienização das mãos		
	Edição/ Revisão: 1º01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Ivonizete Pires Ribeiro	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS¹

1. Definição

Procedimento utilizado para reduzir infecção cruzada. Deve ser realizado por todos os profissionais da área hospitalar envolvidos diretamente ou indiretamente ao paciente.

2. Objetivo

- Remover a flora microbiana transitória e reduzir a flora que coloniza as camadas superficiais da pele, assim, como o suor, oleosidade e células mortas, dificultando a proliferação de microorganismos.

3. Material Utilizado

- Água e sabão líquido;
- Papel toalha;
- Pia com torneira;

4. Procedimento

- Abrir a torneira e molhar as mãos evitando-se encostar-se na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar 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;

¹ Nos POP a terminologia Higienização das mãos foi substituída por “Lavar as mãos” – procedimento realizado com água e sabão.
POP ENFERMAGEM HGV 2012

- Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.



Fonte: http://www.anvisa.gov.br/hotsit/higienizacao_maos/conteudo/c_tecnicashtm.

➤ **IMPORTANTE**



Antes de iniciar a lavagem das mãos, é necessário retirar jóias (anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos.

5. Responsabilidade

- ✓ Todos os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, serviço de limpeza, técnicos de RX e etc.

6. Referência

http://www.anvisa.gov.br/hotsit/higienizacao_maos/conteudo/c_tecnicashtm.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0035	Página n.º: 01/03
	Lavagem intestinal		
	Edição/ Revisão: 1º01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Silvia Maria Oliveira de Deus Vieira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

LAVAGEM INTESTINAL

1. Definição

A lavagem intestinal consiste na introdução de uma sonda através do ânus, até que atinja a parte terminal do intestino grosso para instilação de certa quantidade de solução.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Bandeja ou cuba rim;
- Solução prescrita (água morna, glicerina, soro fisiológico 0,9%, SF 0,9% mais glicerina, fleet enema, dentre outros);
- Sonda retal de numeração adequada ao paciente (para adultos o tamanho da sonda é de 16 a 30 e para crianças de 6 a 16);
- Vaselina gel ou xilocaína gel;
- Gazes;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Luva de procedimento;
- Biombo;

- Lençol móvel e impermeável;
- Pinça para fechar o intermediário;
- Suporte para soro, se necessário.

4. Procedimento

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

- Manter a comadre sob o paciente, o tempo necessário para o esvaziamento intestinal;
- Observar o resultado da lavagem;
- Desprezar o conteúdo da comadre no vaso sanitário;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Colocar novas luvas de procedimentos;
- Auxiliar na higiene íntima do paciente;
- Auxiliar o paciente a vestir-se;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Fazer registro do procedimento e do resultado do mesmo.

5. Recomendações

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

6. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro (a).

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0036	Página n.º 01/02
	Lavagem Vesical		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de emissão 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado Por: Nirvânia Carvalho do Vale	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

LAVAGEM VESICAL

1. Definição

Instilação de solução estéril, com a função de retirar material acumulado da sonda vesical de demora, prevenindo a distensão da bexiga e na formação de urina estagnada.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Seringa 60 ml urológica estéril;
- Frasco de água destilada 500ml;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Álcool a 70%.
- Bandeja para lavagem vesical.

4. Procedimento

- Lavar as mãos e reunir o material;
- Levar o material até a unidade do paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;

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

5. Recomendações



- ✓ Comunicar o procedimento ao urologista ou médico plantonista.

6. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro e Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

7. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0037	Página n.º: 01/02
	Monitorização Cardíaca		
	Edição/ Revisão: 01/01	Data de Emissão: 01/12/2011	Implantado: 01/12/2011 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania Carvalho do Vale	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. Definição

É o emprego do aparelho (monitor) através do qual se visualiza o potencial elétrico gerado pelo coração, que são captados através de eletrodos posicionados no tórax do paciente.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Monitor de ECG;
- Cabo de monitorização;
- Eletrodos;
- Saches de álcool;
- Gel condutor.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Ligar o motor;
- Verificar o número de conectores;
- Realizar a limpeza da pele para aplicação dos eletrodos;



- Colocar os eletrodos no local indicado: O eletrodo RA (Braço Direito) é colocado na fossa infraclavicular direita medial à borda do músculo deltóide: o LA (Braço Esquerdo) na fossa infraclavicular esquerda, o eletrodo LL (Perna Esquerda) na fossa ilíaca esquerda e o RL (Perna Direita) pode ser colocado em qualquer lugar, mas é geralmente colocado na fossa ilíaca direita para a simetria, sendo que o quinto eletrodo pode ser colocado no peito em qualquer padrão, V1 é selecionada por causa de seu valor no monitoramento de arritmia. Para evitar o movimento excessivo nos fios de chumbo ligado a 04 pontos de gravação nos membros, foi padronizado esse deslocamento dos eletrodos;
- Conectar os eletrodos ao cabo de monitorização;
- Ligar os alarmes e ajustar os parâmetros de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Lavar as mãos.

5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

7. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0038	Página n.º: 01/02
	Monitorização de saturação de oxigênio		
	Edição/ Revisão: 01/01	Data de Emissão: 23/12/2011	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Revisado por: Nirvania Carvalho do Vale	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de enfermagem)

MONITORIZAÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

1. Definição

É a mensuração da saturação de oxigênio, que é um indicador do percentual de hemoglobina que se encontra saturada pelo oxigênio no momento da verificação.

É realizada através de um sensor que contém duas luzes (uma vermelha e uma infravermelha) e um fotodetector, que pode ser instalado no dedo da mão ou do pé, lóbulo da orelha ou nariz.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Sensor para oximetria;
- Cabo intermediário;
- Monitor ou visor;

4. Procedimento

- Identificar-se;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Ligar o monitor;
- Escolher e preparar a região em que será colocado o sensor;
- Remover esmalte das unhas dos dedos do paciente;
- Selecionar os limites do alarme da saturação de oxigênio (STO₂);



- Manter alarmes acionados e em limites adequados;
- Controlar o sinal do monitor, pela verificação da onda gerada ao monitor, da correlação entre frequência registrada e os batimentos de pulso do paciente;
- Manter vigilância da área na qual o sensor foi colocado;
- Realizar alternância do local do posicionamento do sensor no paciente a cada 03 horas;
- Interpretar os dados obtidos.

6. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem.

7. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº. 0039	Página n.º: 01/03
	Mudança de Decúbito		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Celeste Maria do Nascimento Silva	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

MUDANÇA DE DECÚBITO

1. Definição

Ação preventiva de enfermagem da incidência de úlcera por pressão/escaras, nos pacientes hospitalizados, institucionalizados e também aquelas pessoas no âmbito domiciliar que tem dificuldade de se movimentarem. Além disso, a mudança de decúbito auxilia para o favorecimento do conforto e possível bem estar.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de um colaborador;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

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

5. Recomendações

- Qualquer indivíduo na cama deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente;
- Um horário prescrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e reposicionamento sistemático do indivíduo seja feito sem esquecimentos;
- Para indivíduos no leito, coxins tipo rolo devem ser usado para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama, de acordo com um plano de cuidados por escrito;
- Mantenha a cabeceira da cama num grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limite a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada.

6. Responsabilidade



- ✓ Técnicos e auxiliares de enfermagem supervisionados pelo enfermeiro.

7. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0040	Página N.º 01/05
	Oxigenoterapia		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria de Jesus Soares Brandão Ribeiro	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

OXIGENOTERAPIA

1. Definição

É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia. Como para qualquer tipo de droga, existem especificações para o tratamento, níveis da dosagem e métodos adequados de fornecimento.

São utilizados diferentes dispositivos de liberação de oxigênio, de acordo com a indicação terapêutica de cada paciente. São os seguintes dispositivos: Sistema de baixo fluxo (cateter nasal, cateter tipo óculos), sistema de alto fluxo (máscara de aerossol, tenda facial).

2. Objetivo

- Administrar oxigênio por meio de cateter nasal ou outro dispositivo.

3. Material Utilizado

- Cateter nasal (tipo cânula ou óculos) de nº adequado;
- Esparadrapo ou micropore®;
- Gaze;
- Extensor intermediário (traquéia corrugada, látex ou silicone macio) ;
- Oxigênio canalizado;
- Frasco umidificador 500ml;
- Fluxômetro regulador do fluxo de oxigênio;
- Água destilada;

- Luvas de procedimentos.

4. Procedimento

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

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

Material

- Fluxômetro;
- Mascara simples ou Venture adequada ao paciente;
- Frasco Nebulizador;
- Extensão plástica (corrugada) traquéia;

- Água destilada de 250 ml.

Procedimento

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

Recomendações

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

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

Material

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

- Rede de O₂ com fluxômetro;
- Umidificador com água.

Procedimento

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

Importante:

Cuidados com o O₂ e com sua Administração

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

- Controlar sinais vitais.

5. Responsabilidade



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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0041	Página n.º: 01/03
	Preparo do paciente no pré-operatório		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO PACIENTE NO PRÉ-OPERATORIO

1. Definição

Consiste nos cuidados de enfermagem a todos os pacientes em preparo para submeter-se a cirurgia. Dependendo da cirurgia a ser realizada, o preparo pré-operatório poderá ser feito em alguns dias ou até mesmo nas primeiras horas antes da cirurgia. O pré-operatório é o período de tempo em que se reconhece a necessidade de uma cirurgia até o momento em que o paciente chega à sala de cirurgia. O pré-operatório imediato são as vinte quatro horas anteriores à cirurgia.

2. Material Utilizado

- Prontuário com exames laboratoriais e radiográficos;
- Camisola;
- Gorro;
- Pro - pés;
- Lençol;
- Tesoura (para aparar os pêlos S/N) ou aparelho e aparelho de tricotomia descartável.

3. Procedimento

❖ VÉSPERA DA CIRURGIA

- Verificar se no mapa cirúrgico do dia seguinte consta o nome do paciente, da cirurgia, horário da cirurgia, e nomes do médico e anestesista;
- Comunicar ao paciente e ao acompanhante que a cirurgia será no dia seguinte;
- Explicar ao paciente e acompanhante sobre a cirurgia, tipo de anestesia, dependendo da necessidade, solicitar a presença do cirurgião ou anestesista para maiores esclarecimentos ao paciente;
- Tranquilizar o paciente em caso de ansiedade e medo;
- Ouvir o paciente, dando importância as queixas e relatos;

- Providenciar a colheita de exames laboratoriais, sangue, se necessário;
- Fazer clister glicerinado, se prescrito.
- Iniciar jejum após as 22:00 horas, da noite anterior à cirurgia, ou de acordo com a prescrição médica ou de acordo com a cirurgia proposta e/ou horário de realização da cirurgia.

❖ NO DIA DA CIRURGIA

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

4. Responsabilidade


- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

5. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0042	Página n.º: 01/02
	Preparo do leito na Unidade de Terapia Intensiva		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO LEITO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

1. Definição

O leito da Unidade de Terapia Intensiva é uma área que proporciona observação contínua do paciente, composto de cama, colchão e equipamentos especializados, destinada a receber o cliente em estado grave.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Cama com grades laterais de segurança, se possível, antropométrica;
- Monitor multiparamétrico;
- Ventilador, testado e funcionando;
- 02 bombas de infusão (no mínimo);
- Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro e óculos de proteção.
- 02 suportes de soro (no mínimo);
- Painel de gases checado (manômetro de oxigênio, ar comprimido e vácuo, e fluxômetro de oxigênio e ar comprimido);
- Aspirador a vácuo (coluna d'água);
- Aspirador de secreção (frasco coletor e redutor);
- Umidificador com fluxômetro;
- Ambú com máscara;
- Nebulizador com traquéia e máscara;
- 03 lençóis;
- Mesa de cabeceira limpa e organizada com: eletrodos, sondas de aspiração, cateter de oxigênio nasal, luvas e gases, almotolias com álcool e clorexidina;
- Água destilada 500 ml;
- Gaze esteril;

- Seringas de 20 ml, 10ml, 5ml;
- Agulhas 40x12, 30x8;
- Sonda uretral nº 12 e 14;
- Luvas Estéreis;
- Luvas de Procedimento.

4. Procedimento

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

5. Recomendação

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



6. Responsabilidade

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

7. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0043	Página n.º: 01/03
	Preparo do corpo após a morte		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Heronilda de Araújo Silva	Revisado: Adriana de Andrade Bastos	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

1. Definição

São os cuidados dispensados ao corpo após a constatação médica de óbito.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 02 lençóis descartáveis;
- Kit de curativo (pinças);
- 03 ataduras;
- 02 etiquetas adesivas para identificação;
- 01 ampola de 10ml de água destilada;
- Algodão;
- Esparadrapo ou micropore;
- 02 gazes simples;
- Jarra com água;
- Sabão líquido;
- Avental descartável;
- Luvas de procedimento;
- Máscaras descartáveis;
- Biombo;
- Compressas.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Preparar todo o material necessário em mesa ou cadeira próximo ao leito;
- Explicar o procedimento a família do paciente;
- Colocar o biombo;
- Paramentar-se com avental, máscara e luvas de procedimento;

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

5. Recomendações

- Se a família pedir para ver o corpo, deve-se remover todo o material da proximidade do leito e chamá-los antes de envolver o corpo;
- Solicitar aos familiares e demais pacientes para ausentarem-se da enfermagem durante a realização do procedimento;
- Manter umidificação da córnea até a captação.;
- Manter o corpo na unidade em maca até a captação da córnea ou descarte da possibilidade de doação;
- O preparo do corpo somente poderá ser iniciado após o médico ter constatado o óbito;
- O enfermeiro deve providenciar a Declaração de Óbito (DO) para que o médico possa preenchê-la;
- O procedimento da DO é de responsabilidade do médico que deverá obedecer a RESOLUÇÃO DO CFM nº. 1601/2000;
- Depois de preenchida a DO, o enfermeiro deve registrar em formulário específico o número da DO e nome completo do paciente;
- Na ausência do Assistente Social o enfermeiro deve entregar a via amarela da DO para um familiar ou responsável pelo paciente (Registro civil), a via branca fica na pasta verde (Controle de atestados de óbito-chafia de internamento) e a via rosa fica no prontuário (unidade de saúde);
- Comunicar o óbito as áreas de apoio;
- Não é permitido deixar marcas no necrotério;
- Os pertences do paciente deverão ser encaminhados ao serviço social e/ou familiares;
- Desfazer o envólucro em caso de esquecimento de identificação do corpo;
- Caso haja drenagem de secreção ou odores, refazer todo o procedimento.



6. Responsabilidade

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

7. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0044	Página n.º: 01/02
	Preparo da unidade do paciente		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Danielle Pereira Dourado	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DA UNIDADE DO PACIENTE

1. Definição

Área destinada a promover a internação de pacientes em ambiente individual ou coletivo, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensidade de cuidados.

Esta unidade é espaço físico hospitalar onde o paciente permanecerá a maior parte do tempo durante seu período de internação. Composta basicamente de cama, mesa de cabeceira, cadeira, mesa de refeições e escadinha.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- 02 lençóis (01 protetor do paciente e 01 protetor do colchão);
- 01 lençol móvel;
- Suporte de soro;
- Escadinha ou tripé (S/N);
- Prontuário do paciente.

4. Procedimento

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

5. Recomendação



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

6. Responsabilidade

- ✓ Técnico e auxiliar de enfermagem.

7. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0045	Página n.º: 01/04
	Preparo do paciente para realizar exame de angiografia		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Luzirene da Silva Santos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO PACIENTE PARA REALIZAR EXAME DE ANGIOGRAFIA

1. Definição

Exame radiológico por meio do qual se visualiza o interior das artérias do organismo, de forma a avaliar qualquer alteração na parede e diagnosticar doenças como o aneurisma, aterosclerose e más formações. A arteriografia poderá ser realizada na aorta (em suas três porções: ascendente, torácica e abdominal), artérias cerebrais (carótidas, vertebrais e seus ramos) e nas artérias periféricas (renais, mesentéricas e dos membros inferiores). A arteriografia poderá ser eletiva (programada) ou realizada de forma emergencial (por exemplo, em uma dissecação aguda da artéria aorta).

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Maca;
- Camisola para vestir o paciente;
- Aparelho de verificação de pressão arterial;
- Estetoscópio;
- Exames realizados;

- Prontuário do paciente.

4. Procedimento

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

4.1 Preparo do paciente para arteriografia

- Orientar jejum de pelo menos 06 horas. É necessário a presença de um acompanhante, preferencialmente um familiar, durante o exame;
- Medicações de uso habitual não deverão ser suspensas, exceto os anticoagulantes orais, por 5 a 7 dias, pelo risco de sangramento e a metformina (medicação para o tratamento do diabetes melitus) por 48 horas, pelo risco de interação adversa com o contraste e lesão renal;
- Exames de interesse deverão ser levados no dia do exame (ecodoppler vascular ou outros realizados previamente como TAP COM INR (Relação Normalizada Internacional – é um exame que visa padronizar os resultados do TAP), juntamente com o prontuário do mesmo;
- Pacientes alérgicos a contraste deverão fazer um preparo prévio ao exame com medicações antialérgicas;
- Pacientes com disfunção renal, ou com risco de desenvolvê-la, poderão necessitar de alguma medicação ou internação prévia para hidratação com soro fisiológico, visando minimizar riscos de disfunção renal ocasionada pelo contraste do exame (este deverá ser de um tipo especial, com menos potencial de lesar o rim). Pacientes renais crônicos deverão fazer diálise no dia que antecede o exame;
- Orientar o paciente para esvaziar a bexiga antes de ser encaminhado para sala de exames;

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

4.2 Cuidados de enfermagem após o exame


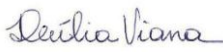
- Inspeccionar o paciente a procura de sangramento;
- Manter o repouso no leito durante 6 a 8 horas;
- Administrar os analgésicos prescritos e verificar SSVV;
- Monitorar o local de punção do cateter rigorosamente e com frequência a procura de hemorragia ou formação de hematoma. Se um deles ocorrer comunicar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

5. Responsável

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0046	Página n.º: 01/02
	Preparo do paciente para cateterismo cardíaco		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 01/03/2012	Implantado: 06/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Luzirene da Silva Santos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO PACIENTE PARA CATETERISMO CARDÍACO

1. Definição

Exame cardiológico invasivo feito para diagnosticar ou corrigir problemas cardiovasculares, através da introdução de um cateter (sonda de 2,7 milímetros de diâmetro e um metro de comprimento), em um vaso sanguíneo periférico no braço, coxa ou pescoço, percorrendo o vaso até chegar ao coração.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Camisola;
- Aparelho de tricotomia descartável;
- Balança antropométrica;
- Aparelho de pressão;
- Estetoscópio;

- Maca ou cadeira de rodas;

4. Procedimento

4.1 Preparo do paciente para cateterismo



- Fazer jejum de quatro horas antes do exame;
- Aferir SSVV;
- Pesar e medir o paciente;
- Em geral, não é necessário suspender os medicamentos em uso;
- Procurar repousar antes do exame;
- Exames (como hemograma, uréia e creatinina de preferência feitos com 24 horas de antecedência, além do ecodoppler cardiograma) devem ser levados juntamente com o prontuário;
- Encaminhar o paciente na hora marcada.

5. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0047	Página n.º: 01/03
	Preparo do paciente para cintilografia miocárdica		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Luzirene da Silva Santos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO PACIENTE PARA CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA

1. Definição

É um exame que utiliza uma pequena quantidade de material radioativo (traçador) com o objetivo de avaliar a distribuição do fluxo sanguíneo pelas artérias que nutrem o músculo cardíaco (coronárias), em duas condições: durante algum tipo de stress e em repouso. Esse material radioativo não provoca reação, não é prejudicial à saúde e a exposição à radiação é mínima.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Camisola;
- Aparelho de pressão;
- Estetoscópio;

4. Procedimento

4.1 Preparo do paciente

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

4.2 Preparo do paciente para cintilografia

1ª etapa repouso: o paciente será encaminhado para a sala de injeção. Uma pequena quantidade de material radioativo será injetado na sua veia, preferencialmente do antebraço. Em seguida, é recomendado que aguarde no mínimo 40 minutos para que o excesso de material seja eliminado pelo fígado e intestino. Para ajudar a excreção, sugerimos também que o paciente se alimente. Isso faz que haja uma aceleração no processo de excreção do material e conseqüentemente, melhor qualidade de imagem. Após esse período, será

encaminhado para a sala de exame, posicionado na maca onde permanecerá deitado por aproximadamente 20 minutos. Eletrodos serão colocados no tórax para monitorizar os batimentos cardíacos;


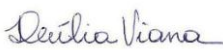
2ª etapa esforço: Após primeira etapa, no dia seguinte o paciente será encaminhado para 2ª etapa, onde realizará o teste ergométrico (esteira/bicicleta). Inicia-se o exercício e quando atingir o número de batimentos desejado por minuto, injetada a segunda dose do mesmo traçador, numa veia previamente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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0048	Página n.º: 01/02
	Preparo do paciente para instalação de Cateter Venoso Central-CVC		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Adriana de Andrade Bastos	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PREPARO DO MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL- CVC

1. Definição

É a cateterização de uma veia central (subclávia, direita ou esquerda ou jugular.direita ou esquerda, femoral, veia basílica).

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Máscara;
- Gorro;
- Avental estéril;
- Luvas cirúrgicas estéreis (nº 7,5 ou 8,0);
- Bandeja de subclávia;
- PVPI tópico;
- 01 frasco de Soro fisiológico 0,9%;
- Equipo comum;
- Suporte de soro;
- 01 frasco de Lidocaína 2%, sem vasoconstritor;
- 01 envelope de fio cirúrgico Nylon 3.0 ou 4.0 agulhado;
- 01 cateter venoso central (intracath);
- Seringas de 20ml e 5 ml;

- Agulha 40x12;
- Agulha 25x7;
- Esparadrapo ou micropore.

4. Procedimento



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

5. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0049	Página n.º 01/02
	Pressão Venosa Central–PVC		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de emissão 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Silvia Marques de Moraes	Revisado Por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

PRESSÃO VENOSA CENTRAL–PVC

1. Definição

É a pressão do sangue venoso próximo ao coração direito (veias cavas superior e inferior). O sangue venoso é aquele sangue que retorna ao coração onde é impulsionado pelo ventrículo direito para os pulmões para sua oxigenação. A medida da PVC pode ser de forma manual ou através de monitores de pressão. Na medida manual, os valores normais da PVC oscilam entre 7 e 12 cm de água acima da linha axilar média.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Equipamento para PVC composto de 03 vias: a primeira está ligada ao cateter, a segunda, ao soro e a terceira, forma a coluna líquida para a medida da pressão venosa central;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Pincel ou caneta;
- Suporte para soro;
- Régua graduada;
- Nivelador;
- Fita adesiva ou esparadrapo.

4. Procedimento

4.1 Montagem do sistema:

- Abrir a embalagem do equipamento e retirar a fita graduada;
- Colocar uma das extremidades do nivelador sobre o tórax do paciente (esterno ou linha axilar média) e a outra extremidade do nivelador no suporte de soro;

- Manter a bolha do nivelador no centro, assinalar o ponto correspondente no lado inferior do nivelador, colocar o nº10 da fita graduada neste ponto e prender com a fita adesiva na parte superior e inferior da fita, no suporte de soro;
- Retirar o equipo da embalagem e fechar o circuito;
- Conectar o conta-gotas do equipo no frasco de soro e pendurar no suporte;
- Fixar com esparadrapo ou fita adesiva a bifurcação junto ao ponto zero da escala e fixar a via do conta-gotas junto à terceira via do equipo sobre a coluna graduada do suporte de soro;
- Prender a via-paciente do equipo ao lado da coluna graduada para ser ligada quando for realizada a mensuração da PVC;
- Encher todo sistema do equipo com soro.

4.2 Técnica de Mensuração da PVC:

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



5. Responsabilidade

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

6. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0050	Página n.º: 01/03
	Reação de Mantoux ou Prova Tuberculínica ou PPD		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Válido: 02 anos
	Elaborado Por: Luiza Pereira da Silva	Revisado por: Heronilda de Araújo Silva	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

REAÇÃO DE MANTOUX OU PROVA TUBERCULÍNICA OU PPD

1. Definição

A prova tuberculínica ou PPD é um método auxiliar para o diagnóstico de Tuberculose. Baseia-se na reação de hipersensibilidade do organismo frente às proteínas do bacilo da Tuberculose desenvolvida após inoculação intradérmica de um derivado protéico purificado do M. Tuberculosis (PPD/tuberculina). A tuberculina padronizada pelo Ministério da Saúde é a Rt 23- 2 UT.

2. Objetivo

- Identificar a infecção pelo Mycobacterium tuberculosis.

3. Material Utilizado

- 01 seringa descartável tipo insulina ou tuberculínica;
- 01 agulha descartável 13 X 4,5 ou similar;
- 01 frasco com álcool;
- 01 recipiente com algodão;
- 01 caixa coletora para perfurocortante;
- 01 frasco de PPD Rt 23 2UT.

4. Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Retira do isopor/geladeira o frasco de PPD;
- Verificar o nome do reagente, número de doses, o prazo de validade e o aspecto do produto;
- Remover o lacre e fazer a assepsia da rolha de borracha com algodão e álcool;
- Ajustar a agulha ao corpo da seringa;
- Introduzir a agulha no frasco de PPD e aspirar o líquido;
- Retirar o ar da seringa, ajustando a dose para 0,1 ml;

- Desconectar a agulha e a seringa do frasco (não é necessário trocar a agulha para a aplicação);
- Colocar o frasco de PPD na geladeira ou caixa térmica;
- Aplicar imediatamente após a aspiração;
- Orientar o cliente;
- Selecionar no terço do antebraço esquerdo, um local com poucos pelos, sem cicatrizes ou lesões distantes de veias calibrosas. Caso não seja possível a utilização do local padronizado (aplicação de PPD há menos de 15 dias, queimaduras, gesso, etc.) realizar no antebraço direito, registrando o fato;
- Segurar o antebraço esquerdo do cliente entre os dedos médio e indicador distendendo a pele com o polegar;
- Introduzir o bisel voltado para cima de forma visível ao aplicador observando que a seringa à pele. Para maior firmeza, fixar o canhão da agulha com o polegar, evitando que o bisel saia da sua posição;
- Injetar lentamente 0,1 ml de PPD, observando que a pele não esteja mais distendida;
- Retirar o polegar do canhão e puxar lentamente a seringa com agulha e desprezar a seringa e a agulha na caixa coletora.

4.1-Leitura do Teste Tuberculinico

4.1.1-Material

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

4.1.2-Técnica de Leitura do Teste Tuberculinico

- Deve ser realizada após 72h após inoculação (poderá ser realizada após 96h em casos excepcionais);
- Identificar o cliente, observando na ficha se os dados estão corretamente preenchidos;
- Segurar a régua na posição adequada para a leitura;
- Observar o aspecto da reação;
- Palpar o local da aplicação do teste, com dedo indicador para localizar a enduração. Caso encontre dificuldade em perceber o local da aplicação, perguntar ao cliente ou passar algodão com álcool na região para provocar uma irritação local, o que facilitará a visualização;
- Caso haja enduração, delimitar a borda externa com dedo indicador e fixar esse limite com a régua, evitando marcar a pele;
- Delimitar a borda interna com dedo indicador;
- Retirar a régua do limite externo, marcando visualmente o local;
- Posicionar a régua transversalmente ao eixo do braço e medir em milímetros o maior diâmetro transversal da enduração. Caso se observe eritema, edema ou lifangite, não considerá-lo na mensuração, restringindo-se aos limites da enduração.



5. Responsabilidade

- ✓ Enfermeiro ou Técnico de enfermagem capacitado.

6. Referências

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0051	Página n.º: 01/03
	Realização de eletrocardiograma		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Simone Maria da Silva	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

1. Conceito

É um exame utilizado para avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca, avaliar a função do marcapasso, avaliar a resposta a medicações (antiarrítmicos) e obter um registro basal antes de um procedimento médico.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Eletrocardiógrafo;
- Gel hidrossolúvel;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco;
- Eletrodos;
- Aparelho de tricotomia descartável ou tesoura para aparar os pêlos;
- Pacote de gaze.

4. Procedimento

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar em decúbito dorsal e solicitar que permaneça relaxado;
- Assegurar a privacidade do paciente com a colocação de biombos;
- Limpar a pele do paciente com álcool a 70%, desengordurando o local de contato com os eletrodos;
- Certificar que não há contato com o paciente com partes metálicas do leito;
- Verificar se o cabo dos eletrodos e o fio terra estão devidamente conectados;
- Conectar os eletrodos da seguinte forma:
BRAÇO DIREITO – FIO VERMELHO

BRAÇO ESQUERDO – FIO AMARELO

PERNA DIREITO – FIO PRETO

PERNA ESQUERDA – FIO VERDE

- Fixar as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados. Com estas conexões dos eletrodos, são determinados no traçado as derivações periféricas: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF;
- Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado:
 - V1** – 4º espaço intercostal, no bordo direito do esterno
 - V2** – 4º espaço intercostal, no bordo esquerdo do esterno
 - V3** – situado entre V2 e V4
 - V4** – interseção da linha hemiclavicular esquerda e 5º espaço intercostal
 - V5** – 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior
 - V6** - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média
- Após colocação dos eletrodos ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Avaliar se o registro no eletrocardiógrafo é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Após término do ECG identificar na fita o nome do paciente, idade, data, enfermaria, leito e hora da realização do exame;
- Desligar o aparelho da parede e do fio terra;
- Retirar os eletrodos e remover os resíduos da pasta do tórax e membros superiores e inferiores;
- Acomodar o paciente no leito;
- Organizar os fios e o carro de ECG;
- Registrar no prontuário do paciente.

5. Recomendações

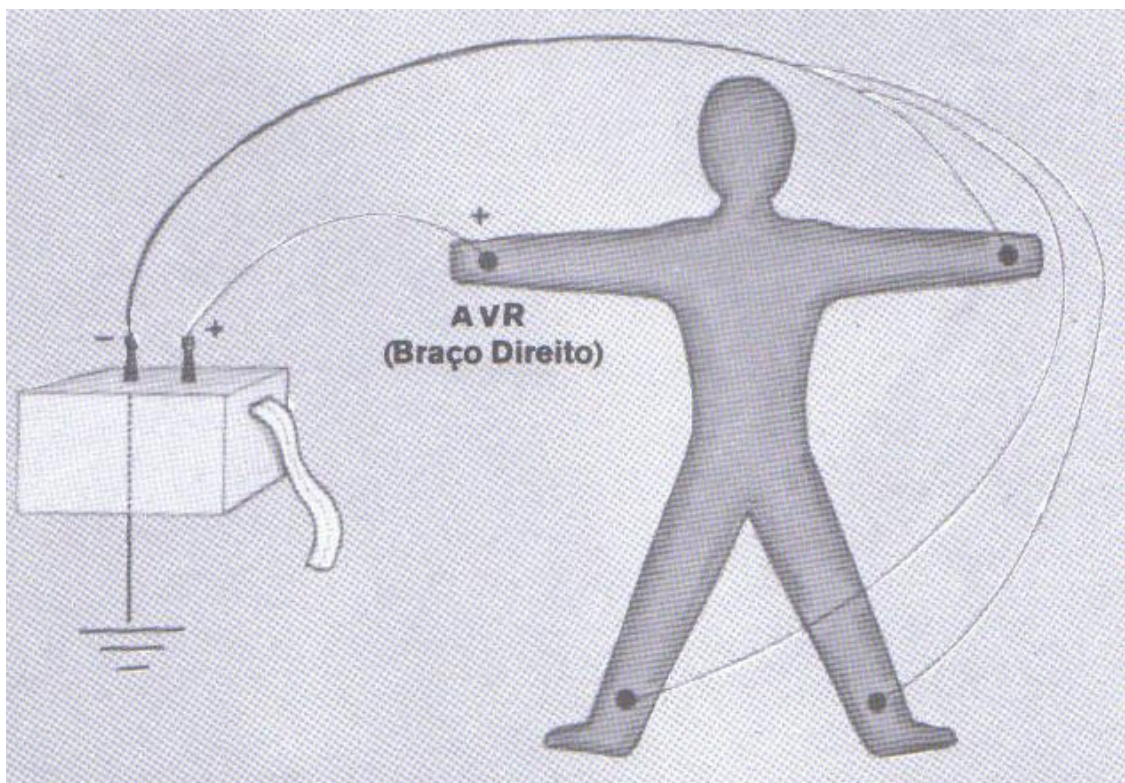
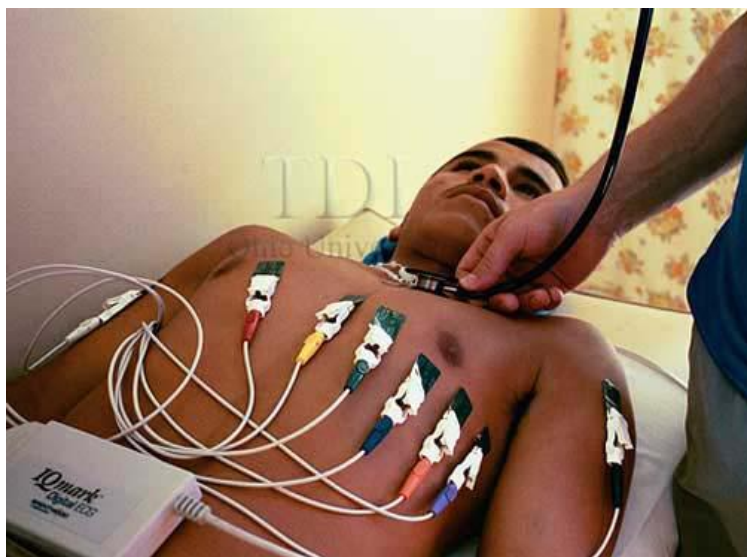
- Se o paciente tiver muito pelo fazer tricotomia;
- Só usar o gel quando houver em pouca quantidade nos eletrodos.



6. Responsabilidade

- ✓ Equipe de enfermagem

7. Referência

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



	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0052	Página n.º: 01/02
	Reanimação cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria do Socorro Oliveira Guimarães	Revisado por: Francina Lopes Amorim Neta	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR - SUPORTE BÁSICO DE VIDA

1. Definição

Seqüência de procedimentos e técnicas destinadas a manter vias aéreas permeáveis e circulação mínima sem a utilização de qualquer equipamento até a chegada do suporte avançado.

2. Objetivo

- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

3. Material Utilizado

- Equipamentos de proteção individual;
- Respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tábua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento.

4. Procedimento

- Reconhecer os sinais imediatos da Parada Cardiopulmonar (PCR) (não responsivo, sem respiração ou com gasping e ausência de pulso);



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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0053	Página n.º: 01/03
	Reanimação cardiopulmonar – Suporte Avançado de Vida		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria do Socorro Oliveira Guimarães	Revisado por: Francina Lopes Amorim Neta	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

1. Definição

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

2. Objetivo

- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

3. Material utilizado

- Equipamentos de proteção individual;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- ❖ Carro de Parada Cardiorespiratória para Reanimação Cardiopulmonar, precisamente equipado com:
 - Respirador manual (AMBU) com reservatório;
 - Tubo orotraqueal (nº 7.0, 7.5, 8.0 ou 8.5);
 - Material de intubação (cabo e lâmina de laringoscópio nº 2.0, 3.0, 4.0, 5.0 e guia);
 - Material de aspiração (aspirador e sonda traqueal (de aspiração) nº 12 ou 14);
 - Tábua para massagem cardíaca;
 - Desfibrilador/ monitor cardíaco e eletrodos;
 - Gel condutor;
 - Medicações (adrenalina, amiodarona, fentanil, soro fisiológico 0,9%);
 - Seringas de 20 ml, 10 ml e 05 ml;
 - Equipo para soro;

- Agulhas (40x12 e 30x8);
- Luva estéril nº 7.5, 8.0 ou 8.5;
- Luvas de procedimento;
- Caderço para fixar o tubo;
- Scalp nº 19, dispositivo intravenoso (jelco) nº14, 16 ou 18.

4. Procedimento



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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0054	Página n.º: 01/04
	Sondagem Nasoentérica e Nasogástrica		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Nirvania do Vale Carvalho	Revisado por: Francisca Cecília Viana Rocha	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

SONDAGEM NASOENTÉRICA E NASOGÁSTRICA

1. Definição

É um tubo fino, macio e flexível, passado pelo nariz, até o **estômago** ou até o **intestino delgado**, procedimento utilizado quando a alimentação pela boca é impossível ou insuficiente e as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas através da nutrição enteral.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- 01 sonda Dobb Hoff com fio guia (mandril). A opção por essa sonda vai depender do tempo de permanência do paciente e do posicionamento que a sonda ficar.
- 01 sonda de Levine nº 12 ou 14 (para gavagem) nº 16 ou 18 (drenagem) (se localização no estômago);
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 estetoscópio;
- 01 pacote de gazes;
- 01 seringa de 20 ml;
- Esparadrapo;

- Xilocaina geléia ou vaselina.

6. Procedimentos

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

- Se o paciente está consciente, ofereça água e peça para dar pequenos goles. Em cada deglutição da água, introduza lenta e delicadamente a sonda através da narina, avançando até o esôfago e estômago, guiando-se pela medida feita anteriormente;
- Nos pacientes com reflexos diminuídos, fletir a cabeça para que a glote se feche e proteja as vias aéreas. Quando, após cada deglutição, a sonda caminha espontaneamente na sua mão, é sinal que a sonda está se posicionando corretamente no esôfago;
- Retirar o fio guia após a passagem da sonda de Dobb Hoff;
- Observe se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação, que podem ser manifestações de um desvio de sonda para as via aéreas. Nesse caso, deverá ser retirada e reintroduzida;
- Quando sentir resistência na introdução da sonda de Levine ou Dobb Hoff, verifique se ela já atingiu o estômago. Isto pode ser verificado por meio de uma das formas: aspirar suco gástrico com seringa de 20 ml (seringas menores são contra-indicadas, porque oferecem pressão excessiva e podem danificar a sonda e lesar a mucosa gástrica): introduzir de 10 a 20 ml de ar através da sonda e auscultar com estetoscópio, logo abaixo do apêndice xifóide (deve-se auscultar um ruído, indicando que a extremidade da sonda está no estômago e está pérvia); mergulhar em água a extremidade proximal da sonda e verificar se há saída de bolhas de ar. Isto indica que ela está nas vias aéreas. Faça este último procedimento com cuidado, para se evitar ocorrência rara de aspiração de líquido para o pulmão. Além das manobras indicadas, observe se o paciente apresenta dispnéia, cianose, prostração ou ainda dificuldade para falar;
- Depois de confirmado o posicionamento gástrico, para a **sonda de Dobb Hoff** migrar até o intestino delgado, ela deve ser fixada na face do paciente, deixando-se uma alça que será desfeita espontaneamente conforme os movimentos peristálticos. A instalação no intestino ocorre de forma lenta, geralmente após 24 horas, dependendo da peristalse gastrintestinal, o que permitirá a passagem pelo piloro. Para a chegada da sonda no intestino seja mais rápida, pode-se lançar mão de algumas manobras como: colocar o paciente em decúbito lateral direito, estimular deambulação ou ainda administrar drogas estimulantes da motilidade gástrica;
- Se a sonda for de **Levine**, esta deve chegar até o estômago e após confirmação, fixar a mesma;

- Remova as luvas, descarte os materiais (exceto o fio guia, guarde este, pois em caso de saída da **sonda de Dobb Hoff** o mesmo poderá ser utilizado novamente após desinfecção com álcool) e realize a higiene das mãos;
- Pergunte se o paciente se sente confortável;
- Observe se o paciente está com qualquer dificuldade em respirar, está com tosse ou engasgo;
- Ausculta os sons pulmonares;
- Confirme posicionamento após resultado do Raio X.

7. Responsabilidade



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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº 0055	Página n.º: 01/04
	Soroterapia		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Eliracema Silva Alves	Revisado por: Adriana de Andrade Bastos	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de enfermagem)

SOROTERAPIA

1. Definição

Método utilizado em enfermagem para infundir grandes volumes de líquido dentro das veias.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Frasco de soro com solução prescrita;
- Scalp nº 21 ou 23 ou cateter periférico (jelco nº18, 20, 22);
- Recipiente com bolas de algodão;
- Tela ou atadura para imobilização (se necessário);
- Seringa 10ml, 20ml e agulha 40x12;
- Garrote;
- Esparadrapo em tiras;
- Equipo de soro;
- Luvas para procedimento;
- Identificação do soro;
- Álcool a 70%.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição: nome do medicamento, data, horário, dosagem;
- Nome do paciente, leito e enfermagem;
- Dispor o material a ser usado, sobre o balcão da sala de medicação;

- Observar as características da solução contida no frasco;
- Abrir o frasco de solução;
- Acrescentar a medicação prescrita, obedecendo aos princípios de assepsia;
- Conectar o equipo de soro no frasco;
- Retirar o ar do equipo, escorrendo o soro até a extremidade livre do equipo;
- Proteger a extremidade livre do equipo;
- Fazer nível do copinho (câmara gotejadora);
- Clampear o equipo.

Colocar a etiqueta de identificação com:

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

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

8. Recomendação

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

6. Responsabilidade



- ✓ Enfermeiro e Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

7. Referencias

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

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

SMELTZER, S,C.:BARE,B.G. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0056	Página n.º: 01/02
	Transferência de paciente entre clínicas		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Revisado por: Maria Zélia de Araújo Madeira	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE CLINICAS

1. Definição

Consiste em transferir o paciente que necessite de cuidados médicos e de enfermagem especializados, por um determinado período nas várias unidades de internação de um hospital.

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Prontuário;
- Exames;
- Lençol (02).

4. Procedimento

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

❖ Na clínica de origem deve-se:

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

- Colocar o paciente na maca e cobri-lo com o lençol;

❖ **Na clínica de destino deve-se:**



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

5. Responsabilidade

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

6. Referência

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF N°0057	Página n.º: 01/05
	Verificação de Sinais Vitais		
	Edição/ Revisão: 1º/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Helena Cristina Batista Moreira Bezerra	Revisado por: Nirvania do Vale Carvalho	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Definição

São aqueles que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal. Dentre os inúmeros sinais que são utilizados na prática diária para o auxílio do exame clínico, destacam-se pela sua importância e por nós serão abordados: a pressão arterial, o pulso, a temperatura corpórea e a respiração.

❖ PRESSÃO ARTERIAL

1. Definição - É a força exercida pelo sangue contra a parede de um vaso. A medida da pressão arterial compreende a verificação sistólica diastólica.

2. Objetivo

- Detectar alteração nos valores da pressão sistólica e diastólica, auxiliando na terapêutica.

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Algodão embebido em álcool;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Caneta;
- Formulário de registro.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente;

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

5. Responsabilidade

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

❖ PULSO

1. Definição - É uma onda de expansão e contração das artérias, resultante dos batimentos cardíacos. Na palpação do pulso, verifica-se frequência, ritmo e tensão. O número de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentos por minuto.

2. Objetivo

- Verificar a frequência cardíaca, detectar possíveis alterações no ritmo cardíaco e auxiliar na terapêutica.

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Algodão embebido em álcool;

- Estetoscópio;
- Caneta;
- Relógio com marcador de segundos;
- Formulário de registro.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável.

5. Responsabilidade

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

❖ PULSAÇÃO RADIAL

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

❖ PULSAÇÃO APICAL

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

❖ TEMPERATURA CORPÓREA

1. Definição - é o equilíbrio entre a produção e a perda de calor do organismo, mediado, pelo centro termo-regulador.

2. Objetivo

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

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Termômetro;
- Algodão embebido com álcool;
- Caneta;
- Formulário de registro.

4. Procedimento

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

5. Responsabilidade

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

❖ RESPIRAÇÃO

1. Definição – é o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente.

2. Objetivo

- Controlar a frequência respiratória a fim de identificar alterações que auxiliem no diagnóstico e tratamento médico.

3. Material Utilizado

- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta azul ou preta;
- Formulário de registro.

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Simular o controle do pulso através da artéria radial e observar os movimentos respiratórios;
- Contar o número de respirações (inspiração e expiração = 1 movimento) durante 60 segundos;
- Deixar a unidade em ordem;
- Guardar o material em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Anotar o valor obtido em folhas de controle e comunicar o enfermeiro e o médico qualquer alteração.

5. Responsabilidade



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

6. Referências

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

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

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

	Procedimento Operacional Padrão (POP)	Codificação: GENF Nº0058	Página n.º: 01/03
	Verificação de Medidas Antropométricas		
	Edição/ Revisão: 1ª/01	Data de Emissão: 23/03/2012	Implantado: 26/03/2012 Valido: 02 anos
	Elaborado Por: Maria da Consolação Queiroz Macedo Mendes	Revisado por: Adriana de Andrade Bastos	Validado Por:  Francisca Cecília Viana Rocha (Gerente de Enfermagem)

VERIFICAÇÃO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1. Definição

São procedimentos nos quais são avaliados a altura, o peso e as proporções do corpo humano, através de medidas de rápida e fácil realização.

2. Objetivo

Mensurar medidas antropométricas de pacientes internados.

3. Material Utilizado

- Balança plataforma com estadiômetro;
- Fita métrica;
- Papel Toalha.

4. Procedimento

❖ PESO E ALTURA

- Informar ao cliente o que vai ser feito;
- Encaminhar o cliente até a balança;
- Certificar-se de que a balança plataforma está afastada da parede;
- Destruar a balança;
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador;
- Esperar até que a agulha e o fiel estejam nivelados;
- Após aferir a balança, ela deve ser travada;
- Forrá-la com papel toalha, no local onde o paciente permanecerá;
- Posicionar o cliente no centro da balança, de modo ereto e imóvel, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado com as costas para a haste graduada em centímetros;

- Destruar a balança;
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos, mover o cursor menor para marcar os gramas;
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança, evitando assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelo cursor;
- Manter o cliente de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Encostar os calcanhares, os ossos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas;
- Elevar a haste graduada em centímetros, com cuidado e colocá-la perpendicularmente sobre a cabeça do cliente, fazendo a leitura da altura em centímetros;
- Solicitar ou auxiliar o cliente a descer da balança e a calçar os sapatos.

❖ **PERÍMETRO ABDOMINAL**

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

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

❖ **CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

O índice de massa corpora (IMC) é o índice recomendado ara a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Este índice é estimado pela relação entre peso e a estatura, e expresso em Kg/m^2 .

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

Tabela de Classificação do IMC

IMC			
ADULTO		IDOSO	
VALOR	CLASSIFICAÇÃO	VALOR	CLASSIFICAÇÃO
Abaixo de 18,5	Subnutrido ou abaixo do peso	Abaixo de 21,9	Subnutrido ou abaixo do peso
Entre 18,6 e 24,9	Peso ideal	Entre 22,0 e 27,0	Peso ideal
Entre 25,0 e 29,9	Levemente acima do peso	Entre 27,1 e 32,0	Levemente acima do peso
Entre 30,0 e 34,9	Primeiro grau de obesidade	Entre 32,1 e 37,0	Primeiro grau de obesidade
Entre 35,0 e 39,9	Segundo grau de obesidade	Entre 37,1 e 41,9	Segundo grau de obesidade
Acima de 40	Obesidade mórbida	Acima de 42	Obesidade mórbida

5. Responsabilidade

- ✓ Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

6. Referências

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

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

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