

[CAPA]

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

POP ENFERMAGEM

2022 – 2024



Recife

2022

©2022 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves, as quais devem ser atribuídas à publicação correspondente dos autores.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

PRESIDENTE DE HONRA

Professor Fernando Figueira (*In memoriam*)

DIRETORIA DO IMIP

Presidente: Sílvia Rissin

Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão

1º Secretário: Vilneide Maria Santos Braga Diegues Serva

2º Secretário: Paulo Macedo Caldas Bompastor

1º Tesoureiro: Carlos Santos da Figueira

2º Tesoureiro: Alex Caminha de Azevedo

SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP

Superintendente Geral: Tereza Campos

Superintendência de Atenção à Saúde: Adriana Scavuzzi

Superintendência de Ensino e Pesquisa: Fernando Augusto Figueira

Superintendência de Administração e Finanças: Maria Sílvia Vidon

Capa: Marketing IMIP.

Normalização: Jéssica Cavalcanti.

Ficha Catalográfica

I59p Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
POP Enfermagem 2022 – 2024 / Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira – Recife : IMIP, 2022.
571 p.: il.

ISBN 978-65-86781-06-9.

1. Enfermagem. 2. Procedimento Operacional Padrão. 3. Manual de condutas. I.
Título.

CDD

Elaborada por Jéssica Cavalcanti CRB-4/1828

APRESENTAÇÃO

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) é a sistematização de uma organização que é construído para o serviço de Enfermagem, de acordo com a especificidade e nível de complexidade – seja baixa, média ou alta – da assistência prestada ao paciente. A proposta deste protocolo é fundamentar as ações de Enfermagem especificamente para as áreas de ambulatório, internação/enfermarias, central de material e esterilização, centro cirúrgico, sala de parto, unidades de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários. O protocolo está o mais estruturado possível, tem revisões frequentes e sistemáticas, feitas por profissionais capacitados, além de inseridos na Enfermagem Baseada em Evidências.

As organizações, em uma visão mais ampla de atividade, tornaram a padronização de seus serviços o ponto primordial para conquista de novos pacientes e qualidade nos serviços prestados.

O POP gerencial é a base para a padronização de atividades e pode garantir uma atenção livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. A padronização de processos vem sendo desenvolvida desde a Revolução Industrial, com o início da mecanização dos processos de fabricação, saindo assim da forma artesanal predominante, até o momento.

Atualmente, o mercado mostra-se extremamente competitivo, buscando a satisfação do paciente e a alta qualidade na assistência. Os principais objetivos a serem atingidos com o POP são os interesses e a satisfação da paciente, que têm caráter prioritário em diferentes áreas, tais como saúde, engenharia, eletrônica, dentre outras.

Faz-se necessário, portanto, desenvolver a capacidade de melhor interagir com nossos pacientes e captar suas expectativas e desejos. A assistência de Enfermagem deve atender as necessidades dos pacientes com vistas à uma assistência em saúde segura, humanizada e individualizada que permita ver o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma holística.

ORGANIZADORAS

CAMILLA NOVELINO AMARAL PEDROSA

Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP

FLAVIA KATIUCHA FREIRE LINS TOLEDO

Enfermeira Coordenadora de Enfermagem do IMIP.

GISELE PEREIRA DA SILVA

Enfermeira Especialista em Gestão em Enfermagem – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP.

MAYLA OLIVEIRA DE LIMA E SILVA

Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho – Faculdade Unyleya. Enfermeira Coordenadora de Enfermagem do IMIP.

RENATA LOPES DO NASCIMENTO

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Emergência Adulto – Universidade Castelo Branco, BA. Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP.

VIVIANE SANTOS DE OLIVEIRA

Enfermeira Especialista em Obstetrícia – UFMG. Enfermeira Especialista em Saúde Pública – FACISA Enfermeira Coordenadora de Enfermagem do IMIP.

COLABORADORAS

ADRIANA DE ANDRADE B. VIANA DE MELO

Enfermeira Especialista em Saúde da Criança – Residência IMIP. Enfermeira Assistencial da Oncologia Pediátrica e Preceptora da Residência de Saúde da Criança e Enfermagem em Cancerologia do IMIP.

ADRIANA LIRA PERNAMBUCO

Enfermeira Especialista em Oncohematologia – UNINTER. Enfermeira Assistencial do Bloco de Transplante do IMIP.

AMANDA BEZERRA DA SILVA

Enfermeira Especialista em Obstetrícia – Residência Secretaria de Saúde do Recife, PE. Enfermeira Assistencial da Emergência Obstétrica do IMIP.

AMANDA MIGUEL DE LIMA

Enfermeira Especialista em Saúde Pública – Agência de Curso. Enfermeira da Educação Permanente do IMIP.

ANDRÉA MARIA DE O. VENTURA SIQUEIRA

Enfermeira com MBA em Gestão de Central de Material (CME) e Esterilização – INESP. Enfermeira Gerente da CME-IMIP.

ANNA CATARINA MOREIRA DOS SANTOS

Enfermeira Especialista em Oncologia e Cuidados Paliativos – IDE. Enfermeira Especialista em Saúde Pública – FAMEC. Enfermeira Especialista em UTI – FAMEC. Enfermeira Gerente NATONCO e Ambulatório do IMIP.

CAMILA FONSECA ARCOVERDE

Enfermeira Gerente da enfermaria de oncologia adulto do IMIP

CARLA PATRÍCIA F. GOMES

Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência Adulto – UNIVERSO. Enfermeira com MBA em Gestão Hospitalar e Saúde – FCAP/UPE. Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

CASSIA CIBELE BARROS DE ALBUQUERQUE

Enfermeira Mestranda no programa associado a pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Enfermeira Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeira Gerente do Centro especializado de Reabilitação do IMIP.

CLAUDIA RIBEIRO DA SILVA

Enfermeira Gerente da Emergência Pediátrica do IMIP.

CLAUDIANE MARIA URBANO VENTURA

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal – UNISA. Enfermeira Preceptora da Residência de Saúde da Criança do IMIP. Enfermeira Gerente da UTI Neonatal do IMIP. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde

CLÉCIA CRISTIANE DA SILVA SALES

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Nefrologia – Programa de Saúde da Família e em Ensino à distância. Enfermeira Preceptora da Residência em Nefrologia do IMIP. Enfermeira Responsável Técnica da Unidade Renal Pediátrica do IMIP.

DANIELLE XAVIER DOURADO

Enfermeira Especialista em Estomatoterapia – UPE. Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP.

DANIELLE VASCONCELOS SOUTO

Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica em uma Visão Humanizada – MS/ UPE. Enfermeira com Curso de Segurança do Paciente em Maternidades ENSP/ FIOCRUZ. Enfermeira Gerente do Pré Parto do IMIP.

EDLA GALIZA CIRILO

Enfermeira Especialista em Oncologia Multidisciplinar – Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Pediatria do IMIP.

ÉDYLA ALMEIDA DE SOUSA MORAES

Médica Especialista em Clínica Médica – Residência Hospital Getúlio Vargas. Médica Especialista em Clínica Médica Hematologia e Hemoterapia – Residência HEMOPE. Membro da Câmara Técnica de Hematologia – CREMEPE. Médica Responsável Técnica da Agência Transfusional do IMIP.

EMANUELLE PINHEIRO DE MENEZES

Enfermeira Especialista em Oncologia, Hematologia, Clínica Cirúrgica e Molecular – CEFAPP. Enfermeira Gerente do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

EMANUELLI FERNANDA COSTA LARRÉ RIBEIRO

Enfermeira Gerente do Serviço de Pronto Atendimento Adulto do IMIP.

ERALDO ANTUNES GUIMARÃES NETO

Farmacêutico Mestre em Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Farmacêutico Assistencial do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

FELIPE CESAR LIMA E SILVA BEZERRA

Enfermeiro Especialista em Nefrologia. Enfermeiro Preceptor da Residência em Nefrologia do IMIP. Enfermeira Responsável Técnica da Unidade Renal Adulto do IMIP.

FERNANDA CELIBERTI SOVERAL PERIZZOLI

Enfermeira Mestre em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-PE). Enfermeira Especialista em Obstetrícia – CEFAPP. Enfermeira Assistencial do Centro de Parto Normal do IMIP.

FERNANDA VALÉRIA AVELINO DE OLIVEIRA

Enfermeira Especialista em OncoHematologia – CEFAPP. Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Pediatria do IMIP.

FLÁVIA KATIUSCHA FREIRE LINS TOLÊDO

Enfermeira Assistencial da Pediatria Geral do IMIP.

FRANCISCO JOSÉ PINHEIRO DE VASCONCELOS

Farmacêutico. Coordenador da Agência Transfusional do IMIP.

GABRIELA MARIA DA SILVA ROCHA

Enfermeira Especialista em Unidade de Terapia Intensiva – IBEPEX. Enfermeira Especialista em Estomatoterapia – UPE. Enfermeira Assistencial da Comissão de Curativos do IMIP.

GICELE GUIMARÃES LIMA

Enfermeira Especialista em Oncohematologia – CEFAPP. Enfermeira Assistencial da NATONCO e Ambulatório do IMIP.

GIOVANNA MENEZES DE MEDEIROS LUSTOSA

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira com MBA em Auditoria de Serviços de Saúde. Enfermeira Gerente da Agência Transfusional do IMIP.

GISELE PEREIRA DA SILVA

Enfermeira Especialista em Gestão em Enfermagem – UNIFESP. Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP.

GIULIANA DE ARRUDA ZANATA

Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica – CEFAPP. Enfermeira Gerente da Cardiologia Geral Adulto do IMIP.

ILKA FERNANDA DE LIMA MAFRA

Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia do IMIP.

INGRID PAIVA BARMANN

Enfermeira Especialista em Oncologia e Hematologia – CEFAPP. Enfermeira Gerente da Oncologia Adulto do IMIP.

JOSÉ ADRIANO COSME DOS SANTOS

Enfermeiro Gerente do Centro de Diagnóstico do IMIP.

JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA

Enfermeiro Especialista em Oncologia e Hematologia – CEFAPP. Enfermeiro Assistencial da Oncologia Adulto do IMIP.

JULIANA FELIPE BARBOSA DE LIMA

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira Gerente do Centro Diagnóstico do IMIP

JULIANNY FERREIRA VEIGA DOS SANTOS

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva Adulta – CEFAPP. Enfermeira Gerente da Emergência Pediátrica do IMIP.

KARLA DA SILVA RAMOS

Enfermeira Doutoranda em Saúde Integral – IMIP. Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica – UFPE. Enfermeira Gerente do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP.

KAROLINA MOURATO PEREIRA DE CARVALHO

Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia do IMIP.

KATHYANE C. DE CARVALHO

Enfermeira Assistencial do Centro Obstétrico do IMIP.

KÁTIA SIQUEIRA DE ALBUQUERQUE MOURA

Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica – UFPE/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira Gerente da Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica do IMIP.

KEITYANE LEACARLA B. DA SILVA

Enfermeira Especialista em Oncologia e Hematologia – CEFAPP. Enfermeira Especialista em Programa de Saúde da Família – CEFAPP. Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Pediátrica do IMIP.

KÊNIA HEIDY FREIRE GERMANO

Enfermeira Gerente do Assistencial do CAM-IMIP.

LANNUZE GOMES ANDRADE DOS SANTOS

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica – Universidade de Pernambuco (UPE).

LESLIE SUE FERNANDES

Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente – Residência IMIP. Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva – CEFAPP. Enfermeira Assistencial da Unidade Terapia Intensiva Neonatal do IMIP.

LIDIANA SABINO DA SILVA TAVARES

Enfermeira Especialista Emergência e UTI Adulto – UPE. Enfermeira Assistencial da UTI Hemodinâmica do IMIP.

LORENA CAVALCANTI FROTA DA SILVA

Enfermeira Gerente do Leito de Retaguarda Neuroclínica do IMIP.

LUCIANA CONSTANTINO DE AMORIM

Enfermeira Gerente da Oncologia Adulto do IMIP.

LUCIDALVA PAULINO SALGADO

Enfermeira com MBA em Administração Hospitalar – IBPEX. Enfermeira Gerente da Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica do IMIP.

LUZINETE MARIA DOS SANTOS

Enfermeira Especialista em OncoHematologia Pediátrica – SODEPROE – El Salvador. Enfermeira Assistencial da Oncologia Pediátrica do IMIP.

MAIJOSE NÍVEA SILVA SALVADOR

Enfermeira Especialista em Obstetrícia – CEFAPP. Enfermeira Gerente do Ambulatório da Mulher do IMIP.

MARIA APARECIDA CAVALCANTI

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva – CEFAPP. Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Clínica do IMIP.

MARIA GORETTE VAZ DE OLIVEIRA GERAB

Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar – Faculdade Estácio de Sá. Enfermeira Especialista em Auditoria em Enfermagem – Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia. Enfermeira Gerente do Ambulatório de Pediatria do IMIP.

MARIA MAZZARELLO DA BOA SORTE SOARES

Enfermeira Especialista em OncoHematologia Pediátrica – SODEPROE – El Salvador. Enfermeira com MBA em Administração Hospitalar – Faculdade de Administração da UPE (FCAP). Enfermeira Gerente da Oncologia Pediátrica do IMIP.

MARIA TEREZA INTERAMINENSE

Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

MARINA FERREIRA DE LIMA

Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente – Residência IMIP. Enfermeira Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica – IDE. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal do IMIP.

MAYANA LORENA DE BARROS SALES RAMOS

Enfermeira Gerente da Central de Agendamento Cirúrgico do IMIP.

MAYLA OLIVEIRA DE LIMA E SILVA

Enfermeira Especialista em Enfermagem do trabalho – UNILEA. Enfermeira Gerente do Ambulatório Adulto do IMIP.

MIRELLA FERNANDA SIQUEIRA SILVA

Farmacêutica. Farmacêutica Assistencial do Ambulatório de Oncologia do IMIP.

MIRELLA RAQUEL ROMÃO MARTINS

Enfermeira Especialista em Oncologia e Hematologia – CEFAPP. Enfermeira Gerente do Ambulatório da Oncologia Adulto do IMIP.

PAULA ANDRÉA DOS SANTOS GENÉSIO NOGUEIRA

Enfermeira Especialista em Saúde da Criança – Residência IMIP. Enfermeira Gerente da Clínica Cirúrgica Pediátrica do IMIP.

PAULA KATARINE DOS SANTOS PIMENTEL

Enfermeira Especialista em Oncologia, Hematologia, Clínica Cirúrgica e Molecular – CEFAPP. Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

PAULA OLIVEIRA SILVA

Enfermeira Especialista em Saúde da Criança – Residência IMIP. Enfermeira Gerente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do IMIP.

POLIANA CORDEIRO DE SOUZA CORDEIRO TENÓRIO

Enfermeira Assistencial da Clínica Cirúrgica Oncológica do IMIP.

RAFAELA CHRISTINE TENÓRIO DE ARRUDA

Enfermeira Menstranda em enfermagem – UFPE. Enfermeira Especialista em Oncologia – Residência Secretária de Saúde do Recife-PE. Enfermeira Assistente da Oncologia Pediátrica do IMIP.

RANIERE MACHADO NÓBREGA L. CARVALHO

Enfermeiro Especialista em UTI Geral – Agência de Cursos, Faculdade de Natal. Enfermeiro Gerente da UTI Retaguarda Neuroclínica do IMIP.

RAQUEL DE SOUZA LIMA

Enfermeira Assistencial da Hemodinâmica do IMIP.

RENATA LOPES DO NASCIMENTO

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Emergência Adulto – Universidade Castelo Branco, BA. Enfermeira Coordenadora Adjunta de Enfermagem do IMIP.

ROSÂNGELA MARIA DE LIMA SANTOS

Enfermeira Especialista Saúde Pública – INESP. Enfermeira Gerente do Centro de Tratamento dos Erros Inatos do Metabolismo do IMIP.

RUBIANE GOUVEIA DE SOUZA E SILVA

Enfermeira Mestranda em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira com MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção – UNIFESP. Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho e Vigilância em Saúde – UNINTER. Enfermeira Gerente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do IMIP.

RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

Enfermeira Mestre em Cuidados Paliativos – IMIP. Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente – Residência IMIP. Enfermeira Gerente do 4º andar do Hospital Geral de Pediatria (HGP) do IMIP.

SANDRA CAVALCANTI MACHADO DO RÊGO BARROS

Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher – UPE. Enfermeira Gerente do CAM-IMIP.

SANDRA HIPÓLITO CAVALCANTI

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Avaliadora da Iniciativa do Hospital Amigoda Criança – IHAC. Tutora para a Sala da Mulher Trabalhadora que Amamenta – Ministério da Saúde, BR. Enfermeira Gerente do Banco de Leite Humano do IMIP.

SANDRA REGINA SILVA DE MOURA

Enfermeira Especialista em Saúde Pública – IBPEX. Enfermeira Especialista em Segurança do Paciente – FIOCRUZ. Enfermeira Gerente da Gerência de Risco do IMIP.

SCARLET BIANCA SANTANA DOS SANTOS

Enfermeira Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, Sanitarista – INESP. Enfermeira Gerente da Hemodinâmica do IMIP.

SILVANA TORRES DE ALMEIDA

Enfermeira Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Enfermeira Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Gestão de Serviços e Saúde da Família – UPE. Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho – Faculdade dos Guararapes (FG), PE. Enfermeira Assistencial do CAM-IMIP.

STEPHANIE STEREMBERG PIRES D'AZEVEDO

Enfermeira Doutoranda em Saúde Integral – IMIP. Enfermeira Mestre em Enfermagem – UPE. Enfermeira Especialista em Cardiohemodinâmica – IDE, Faculdade Redentor. Enfermeira Especialista em Perfusão e Assistência Circulatória Mecânica – IMIP. Enfermeira Gerente da Unidade de Terapia Intensiva de Transplantado IMIP.

TATIANA CRISTINA NASCIMENTO RAMOS DE SOUZA ARAÚJO

Enfermeira Especialista em Cuidados Paliativos – IMIP. Enfermeira Gerente da enfermaria de Cuidados Paliativos do IMIP.

VANEIDE DE LIMA NEGREIROS

Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

VANESSA MARIA DE CARVALHO SIQUEIRA

Enfermeira Especialista em Oncologia, Hematologia e Biologia Molecular – CEFAPP. Enfermeira Gerente do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP.

VIVIANE MARIA GOMES DE ARAÚJO

Enfermeira Mestre em Hebiatria – UPE. Enfermeira Especialista em Enfermagem Tocoginecologia – Residência IMIP. Enfermeira Gerente do Centro de Parto Normal do IMIP. Enfermeira preceptora da residência de Enfermagem Obstétrica do IMIP.

VIVIANE SANTOS DE OLIVEIRA

Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica – UFPE/UFMG. Enfermeira Coordenadora do Ambulatório Central do IMIP.

YASMIM CAVALCANTI DE ASSIS

Enfermeira Gerente do Ambulatório de Transplante Adulto do IMIP.

SUMÁRIO

1- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	19
2- NORMAS DE BIOSSEGURANÇA	26
3- CURATIVOS.....	33
4- CURATIVOS DOS ACESSOS VENOSOS CENTRAIS.....	42
5- CURATIVO DO COTO UMBILICAL	45
6- TÉCNICA DE HIGIENE ORAL.....	48
7- BANHO DE ASPERSÃO	53
8- BANHO NO LEITO.....	56
9- TRICOTOMIA	61
10- TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS.....	64
11- PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	70
12- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA	73
13- DILUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES	76
14- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR HIPODERMÓCLISE.....	80
15- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE	86
16- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL.....	89
17- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR	92
18- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA.....	96
19- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA.....	99
20- NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES MEDICAMENTOSAS	102
21- SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	104
22- TÉCNICA DE SONDAGEM NASOENTERAL	107
23- ADMINISTRAÇÃO DE DIETA/MEDICAÇÃO POR SONDA NASOENTERAL / NASOGÁSTRICA / GASTROSTOMIA	110
24- INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL	113
25- INSTALAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	116
26- SONDAGEM VESICAL.....	120
27- COLETA DE UROCULTURA.....	123
28- COLETA DE SUMÁRIO DE URINA	125
29- COLETA DE PROTEINÚRIA DAS 24 HORAS	127
30- VERIFICAÇÃO DA PROTEINÚRIA ATRAVÉS DE FITA	129
31- COLETA DE SANGUE POR ACESSO VENOSO CENTRAL	131
32- COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE TRANSCATETER.....	134
33- COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE PERIFÉRICO	137
34- DRENAGEM TORÁCICA	140
35- TROCA DE SELO D'ÁGUA DO SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA	143

36- ADMINSTRAÇÃO DE OXIGÊNIO	146
37- TÉCNICA DE TERMOTERAPIA	149
38- TÉCNICA DE CRIOTERAPIA	152
39- TESTE DE GLICOSE CAPILAR	155
40- REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA	158
41- MUDANÇA DE DECÚBITOS	161
42- BALANÇO HÍDRICO	165
43- PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE	167
44- ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO.....	170
45- ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO	174
46- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR (VARIZES) 177	
47- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR (AMPUTAÇÃO, REVASCULARIZAÇÃO, FASCIOTOMIA, DESBRIDAMENTO)	180
48- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA	183
49- PREPARO DA UNIDADE PARA RECEBER O PACIENTE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO.....	186
50- ADMISSÃO DO PACIENTE NO BLOCO CIRÚRGICO	191
51- ROTINAS DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DE PACIENTES DE ALTA DO BLOCO CIRÚRGICO PARA ENFERMARIA	194
52- BRONCOSCOPIA	197
53- COLONOSCOPIA	200
54- ENDOSCOPIA	203
55- GASTROSTOMIA.....	207
56- BIOSSEGURANÇA NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	210
57- RECEPÇÃO DE REQUISIÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO	213
58- PREPARAÇÃO E LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO	215
59- TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS PARA TRANSFUSÕES..	219
60- TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS	221
61- REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	225
62- BUSCA ATIVA PARA INCIDENTES TRANSFUSIONAIS.....	231
63- RECEPÇÃO DE MATERIAL NA CME.....	232
64- ENTREGA DE MATERIAL NA CME	233
65- RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME	235
66- LAVAGEM DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME.....	237
67- RECEBIMENTO DE MATERIAIS TERMOSENSÍVEIS CONTAMINADOS (EXPURGO).....	239

68- LAVAGEM DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL CONTAMINADO (ÁREA DE DESINFECÇÃO QUÍMICA) 240	
69- DESINFECÇÃO, SECAGEM E PREPARO DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL	242
70- SOLICITAÇÃO DE MATERIAL E CAMPO ESTÉRIL À CME.....	244
71- ENTREGA DE MATERIAL ESTERILIZADO (ARSENAL)	245
72- RECEBIMENTO DE MATERIAL ESTERILIZADO PELO CENTRO CIRÚRGICO PROVENIENTE DA CM.....	246
73- EMBALAGEM DE ARTIGOS CIRÚRGICOS	247
74- ACONDICIONAMENTO DOS ARTIGOS NOS EQUIPAMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO	248
75- ANGINA INSTÁVEL	249
76- INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	252
77- BRADIARRITMIAS	255
78- EDEMA AGUDO DE PULMÃO	258
79- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	261
80- PREPARO DO PACIENTE PARA INTERNAÇÃO	264
81- ADMISSÃO DE PACIENTE GRAVE.....	266
82- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.....	269
83- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTE INTUBADO	272
84- PUNÇÃO ARTERIAL PERIFÉRICA PARA GASIMETRIA	275
85- COLETA DE GASIMETRIA ARTERIAL, PELO CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA 279	
86- MONTAGEM DE CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA.....	282
87- MANUSEIO DO ACESSO VENOSO CENTRAL.....	285
88- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO	288
89- VENTILAÇÃO MECÂNICA	291
90- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	294
91- INSERÇÃO DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO	297
92- ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO.....	300
93- PESAGEM DO RECÉM-NASCIDO	304
94- BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM- NASCIDO	306
95- CONTROLE TERMONEUTRO DO RECÉM-NASCIDO	309
96- ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....	314
97- CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC).....	318
98- ADMINISTRAÇÃO DO SURFACTANTE EXÓGENO.....	322
99- FOTOTERAPIA EM RECÉM-NASCIDO	326
100- HALO OU CAPACETE EM RECÉM-NASCIDO	330
101- INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CPAP NASAL.....	333

102- TRANSFERÊNCIA NEONATAL.....	337
103- PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL.....	341
104- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	344
105- ATENDIMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO	348
106- ORDENHA DO LEITE HUMANO.....	354
107- SALA DE PROCESSAMENTO (PASTEURIZAÇÃO) DO BANCO DE LEITE HUMANO	358
108- ACOLHIMENTO, AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	364
109- EMERGÊNCIAS HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO	367
110- GESTANTE E PUÉRPERA COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS	370
111- GESTANTE E PUÉRPERA DIABÉTICAS.....	373
112- TESTE DO PAPEL DE BENZIDINA (LABSTIX)	376
113- TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE E TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE SIMPLIFICADA	379
114- TRABALHO DE PARTO E PARTO	381
115- DIRETRIZES PARA O PARTO NA ÁGUA.....	385
116- PARTO PREMATURO.....	388
117- GESTANTE E PUÉRPERA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS.....	391
118- PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA	394
119- TRANSOPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA (NÃO PARTO)	397
120- PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA	400
121- PUERPÉRIO IMEDIATO.....	403
122- PREPARO DO CORPO DE ABORTO, FETO MORTO E ÓBITO NEONATAL	406
123- PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO	408
124- CURATIVO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO	411
125- SALINIZAÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO.....	413
126- HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, ANTES DA MANIPULAÇÃO	416
127- HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, APÓS O TÉRMINO DA MANIPULAÇÃO.....	418
128- HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, ANTES DO PREPARO DE QUIMIOTERÁPICOS	420
129- HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS DE QUIMIOTERÁPICOS	422
130- ROTULAÇÃO DAS MEDICAÇÕES ANTINEOPLÁSICAS.....	424
131- PARAMENTAÇÃO DO MANIPULADOR.....	426
132- PADRONIZAÇÃO DO TRANSPORTE SEGURO DE QUIMIOTERÁPICOS.....	428

133- CONTAMINAÇÃO PESSOAL POR QUIMIOTERÁPICO	430
134- DERRAMAMENTO DE QUIMIOTERÁPICO	432
135- ADMINISTRAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICO VIA ENDOVENOSA.....	435
136- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS ..	438
137- ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERMAMENTO QUIMIOTERÁPICO, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.....	442
138- ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERNAMENTO PARA A ANTIBIOTICOTERAPIA, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	445
139- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE DO AMBULATÓRIO PARA UTI ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	448
140- CURATIVO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRIA	451
141- ADMISSÃO DO PACIENTE NEUTROPÊNICO.....	455
142- ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO.....	458
143- TRIAGEM NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO	461
144- PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO.....	465
145- CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE HORMONIOTERAPIA ORAL 468	
146- ATIVIDADES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER.....	473
147- ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DE OUTROS SETORES DO IMIP.....	478
148- ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DO DOMICÍLIO OU DE OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE.....	481
149- APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA ADULTO.....	484
150- LIBERAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS PELO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO, PARA OUTROS SETORES DO COMPLEXO HOSPITALAR.....	487
151- VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO	488
152- VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO	491
153- ADMISSÃO DO PACIENTE	493
154- ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE.....	496
155- PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO.....	499
156- PASSAGEM DE PLANTÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	501
157- ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA.....	503
158- ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO.....	506
159- CUIDADES PRÉ-IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF.....	509

160- TESTE DO IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF.....	511
161- PREPARO DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL	513
162- PROCESSO DE HEMODIÁLISE DA TERAPIA RENAL ADULTO.....	514
163- TÉCNICA DE DESCONEXÃO DO PACIENTE DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA	518
164- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NÃO REPROCESSADO (NOVO).....	521
165- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO.....	523
166- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA	525
167- INSTALAÇÃO DO PACIENTE NA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE COM FÍSTULA	526
168- PUNÇÃO DE FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA	529
169- TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DO PACIENTE COM FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO	532
170- INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO.....	535
171- INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA.....	538
172- TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DE PACIENTE COM CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO	541
173- CURATIVO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA.....	544
174- REUSO – PREPARO DAS SOLUÇÕES LIMPADORAS E ESTERILIZANTES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA	547
175- REUSO – PREPARAÇÃO DE DIALISADORES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA.....	549
176- REUSO - REPROCESSAMENTO DOS DIALISADORES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO	551
177- REUSO – PREPARO DAS SOLUÇÕES ESTERILIZANTES DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA	553
178- REUSO – REPROCESSAMENTO DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA	555
179- COLETA DE EXAMES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA	557
180- COLETA DE URÉIA NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA	560
181- SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.....	562
182- PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NA ASSISTÊNCIA Á PACIENTE COM COVID-19.....	565
183- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE ESTÁVEL	567

1- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 01
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Rubiane Silva, Adriana de Melo		
<u>Objetivo:</u>	Reduzir a transmissão de microorganismos pelas mãos, prevenindo as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; PVPI – Polivinilpirrolidona-iodo.	
<u>Competência:</u>	Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com pacientes e que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.	
<u>Material necessário:</u>	Água; sabão; solução alcoólica e antisséptica (Clorexidina a 2%, PVPI degermante).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

As mãos são os instrumentos mais usados no cuidado do pacientes. Higiene das mãos é um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microorganismos e, conseqüentemente, evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. Essa ação, engloba a higienização simples e antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica das mãos, visando a remoção da sujidade, do suor, da oleosidade e da maioria dos microorganismos da microbiota transitória e residente da pele.

Grupo	Bactérias Gram-Positivas	Bactérias Gram-Negativas	Mico bactéria	Fungos	Vírus	Velocidade de ação	Comentários
Alcoóis	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentração ótima: 70% não apresenta efeito residual.
Clorexidina (2% ou 4%)	+++	++	+	+	+++	Intermediária	Apresenta efeito residual; raras reações alérgicas.
Compostos de iodo	+++	+++	+++	++	+++	Intermediária	Causa queimaduras na pele; irritantes quando usados na higienização antisséptica das mãos.
Iodóforos	+++	+++	+	++	++	Intermediária	Irritação de pele menor que a de compostos de iodo; apresenta efeito residual; aceitabilidade variável.
Triclosan	+++	++	+	-	+++	Intermediária	Aceitabilidade variável para as mãos.

Fonte: Adaptada de Boyce e Pittet, 2002

+++ Excelente	++ Bom	+ Regular	- Nenhuma atividade antimicrobiana ou insuficiente.
------------------	-----------	--------------	--

Vale lembrar que as mãos devem ser higienizadas com o produto apropriado em momentos essenciais e necessários, ou seja, nos cinco momentos para a higienização das mãos, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para a prevenção das IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o paciente e após contato com superfícies próximas ao paciente.

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES

Finalidade

Remover os microorganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microorganismos.

Duração do procedimento

De 40 a 60 segundos.

Técnica

1. Abrir a torneira;
2. Molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;

3. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente de sabão líquido;
4. Friccionar as palmas das mãos entre si;
5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e depois a palma da mão esquerda contra o dorso da mão direita;
6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
7. Esfregar o dorso dos dedos da mão direita com a palma da mão esquerda, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e depois o dorso dos dedos da mão esquerda com a palma da mão direita;
8. Esfregar o polegar da mão direita, com o auxílio da palma da mão esquerda, com movimentos de vai e vem e depois o polegar da mão esquerda, com o auxílio da palma da mão direita;
9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda em movimentos circulares e depois friccionar as polpas digitais da mão esquerda contra a palma da mão direita;
10. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimentos circulares e depois esfregar o punho direito, com o auxílio da palma da mão esquerda;
11. Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos, uma a cada vez, retirando todo o resíduo do sabão;
12. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
13. Fechar a torneira utilizando o papel-toalha;
14. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA

Finalidade

Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residenteadas mãos, com o auxílio de um antisséptico (povidine e/ou Clorexidina degermante).

Duração do procedimento

De 40 a 60 segundos.

Técnica

1. Abrir a torneira;
2. Molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;
3. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente de PVP-I ou Clorexidina degermante;
4. Friccionar as palmas das mãos entre si;
5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e depois a palma da mão esquerda contra o dorso da mão direita;
6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
7. Esfregar o dorso dos dedos da mão direita com a palma da mão esquerda, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e depois o dorso dos dedos da mão esquerda com a palma da mão direita;

8. Esfregar o polegar da mão direita, com o auxílio da palma da mão esquerda, com movimentos de vai e vem e depois o polegar da mão esquerda, com o auxílio da palma da mão direita;
9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda em movimentos circulares e depois friccionar as polpas digitais da mão esquerda contra a palma da mão direita;
10. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimentos circulares e depois esfregar o punho direito, com o auxílio da palma da mão esquerda;
11. Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos, uma a cada vez, retirando todo o resíduo do povidine ou Clorexidina degermante;
12. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
13. Fechar a torneira utilizando o papel-toalha;
14. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos e substituir com mais eficácia a higienização com água e sabão, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, pois não remove sujidades. Formulações em gel, espuma e outras – na concentração final mínima de 70%.

Duração do procedimento

De 20 a 30 segundos.

Técnica

1. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente da preparação alcoólica para cobrir todas as superfícies das mãos;
2. Friccionar as palmas das mãos entre si;
3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e depois friccionar a palma da mão esquerda contra o dorso da mão direita;
4. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
5. Esfregar o dorso dos dedos da mão direita com a palma da mão esquerda, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e depois o dorso dos dedos da mão esquerda com a palma da mão direita;
6. Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, com movimentos circulares, e depois friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, também com movimentos circulares;
7. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo movimentos circulares, e depois friccionar as polpas digitais e as unhas da mão direita, com o auxílio da mão esquerda;
8. Friccionar os punhos com movimentos circulares;

9. Deixar as mãos secarem naturalmente.

ANTISSEPZIA CIRÚRGICA

Finalidade

Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. As escovas utilizadas no preparo cirúrgico das mãos devem ser de cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com antisséptico e de uso exclusivo em leito ungueal e subungueal.

Duração do procedimento

De 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes.

Técnica

1. Abrir a torneira;
2. Molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos;
3. Com as mãos em concha, recolher o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes;

Observações importantes para a higienização das mãos

Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
Retirar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir ao paciente;
Aplicar creme hidratante nas mãos, diariamente, para evitar ressecamento na pele.

4. Escovar as unhas sob água corrente;
5. Friccionar as mãos, as interdigitais e antebraço por, no mínimo, de 3 a 5 minutos, mantendo sempre as mãos acima dos cotovelos;
6. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto;
7. Fechar a torneira com o cotovelo ou pés, se a torneira não possuir fotosensor;
8. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos iniciando pelas mãos, seguidos pelo antebraço e cotovelo.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica N°01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: Anvisa; 2009.

Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR. 2002 Oct 25;51(16):1-44.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009. Geneva: WHO; 2009.

2- NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 02
NORMAS DE BIOSSEGURANÇA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Rubiane Silva, Adriana de Melo		
<u>Objetivo:</u>	Promover ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos, inerentes às atividades e prestação de serviços as quais possam comprometer: a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Higienização das mãos (água, sabão, solução alcoólica e antisséptica); uso de EPIs (luvas, máscara, óculos e aventais).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Biossegurança caracteriza-se como uma estratégia de ações destinadas a prevenir, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a saúde humana relacionadas às suas atividades ocupacionais.

Precaução padrão

1. Sempre higienizar as mãos antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e de qualquer procedimento;
2. Usar EPIs (luvas, máscara, óculos e aventais) quando houver risco de contato com sangue, secreções e para proteção de mucosas;
3. Descartar todo material perfurocortante (seringas, agulhas) em recipiente apropriado e rígido;
4. As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas ou quebradas;
5. As caixas coletoras não devem ser cheias acima do limite de 2/3 de sua capacidade;
6. Não utilizar os dedos como anteparo durante os procedimentos que envolvam perfurocortantes;
7. Nunca intercambiar batas, aventais, jalecos e outros entre os colegas após uso;
8. Usar sapatos fechados, e evitar os feitos de tecido.

RECOMENDAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DE EPIs

PROCEDIMENTO	HIGIENIZAR AS MÃOS	LUVAS	CAPOTE/ Avental	MASCARA E PROTETOR OCULAR/FACIAL
Exame de paciente sem contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra.	X	-	-	-
Exame de paciente incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra.	X	X	*	-
Coleta de exames de sangue, urina ou fezes.	X	X	-	-
Realização de curativos.	X	X	*	**
Aplicações parenterais de medicações.	X	X	*	**
Punção ou dissecação venosa profunda.	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal.	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidades de respingos de sangue e secreção.	X	X	X	X

Observações

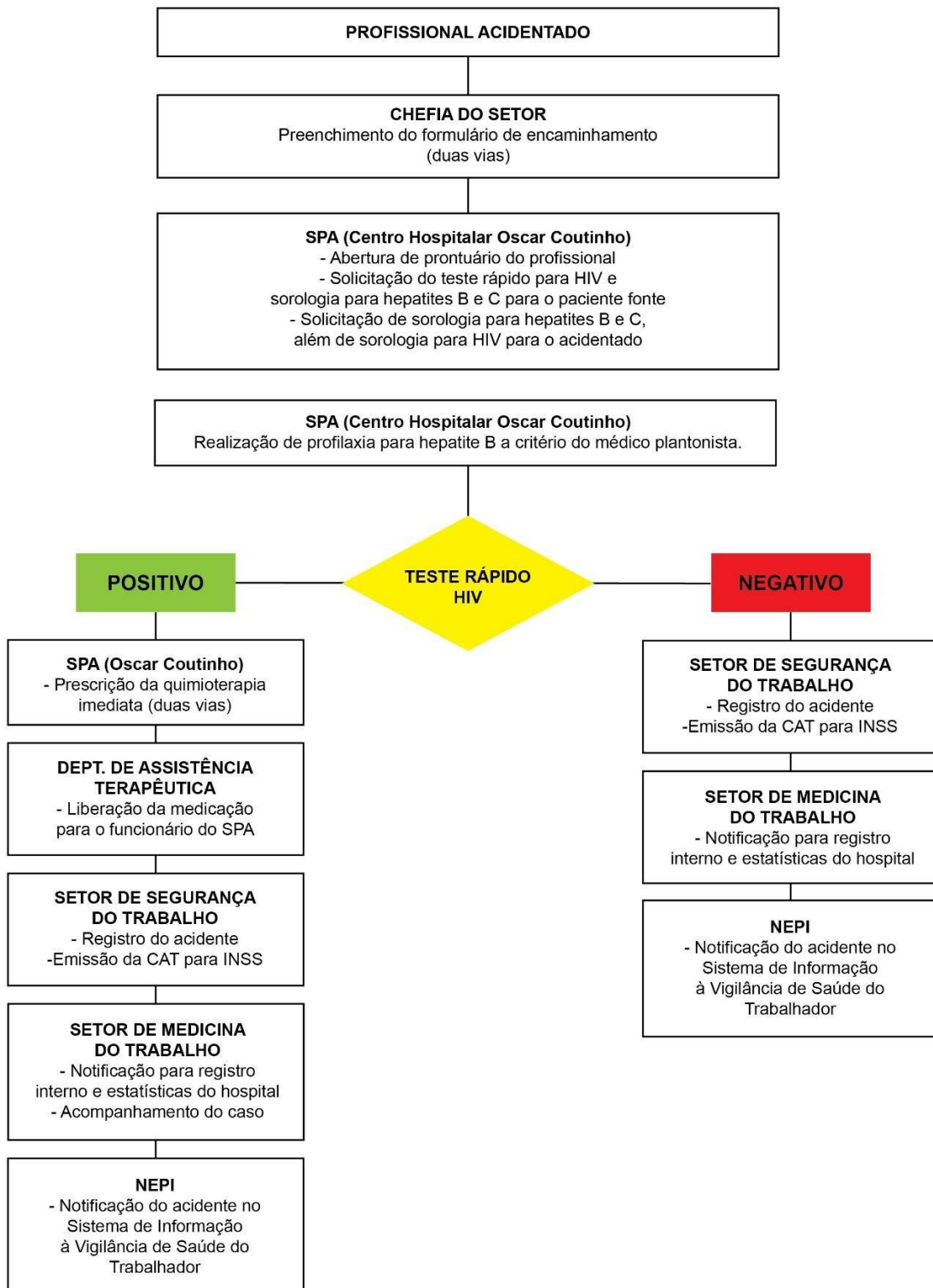
*A utilização de capote (avental) é indicada durante os procedimentos em que haja possibilidade de maior risco de exposição do profissional a materiais biológicos, como na realização de curativos de grande porte, grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves, sessões de hemodiálise e lesão por pressão;

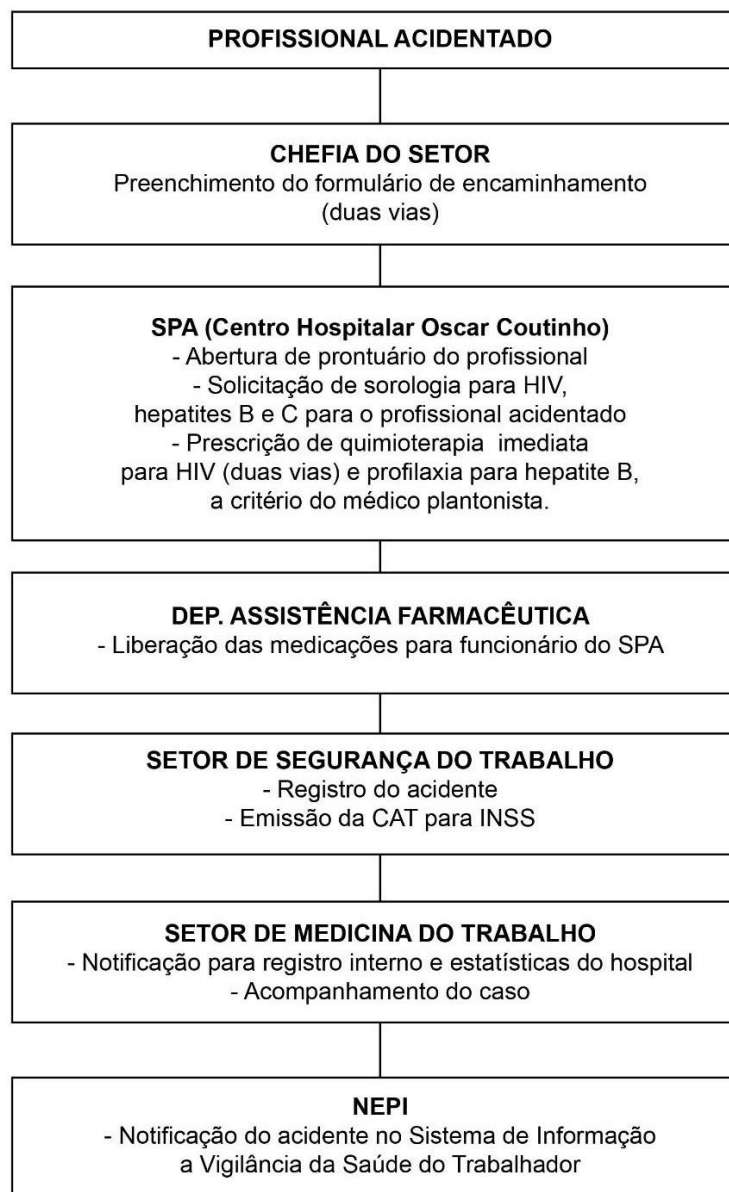
**O uso de óculos de proteção/protetor facial é recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo ou para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

CONDUTAS PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO EM PROFISSIONAIS

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho.

O fluxograma a seguir orienta quanto ao cumprimento das exigências do Ministério da Saúde, estabelecendo a conduta de atendimento inicial, orientação e acompanhamento dos acidentados, o uso de quimioprofilaxia imediata e a notificação de casos.

FLUXOGRAMA PARA FONTE CONHECIDA

FLUXOGRAMA PARA FONTE DESCONHECIDA**IMUNIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Todos os profissionais da saúde são recomendados a tomar vacinas contra doenças preveníveis, pelo risco do profissional se infectar ou contaminar seus pacientes. As vacinas contra hepatite B, influenza, sarampo, rubéola, caxumba, coqueluche e varicela, em situações especiais de risco, são recomendadas contra meningococo ou poliomielite.

Orientações para segurança do paciente e da equipe de saúde

1. Identificar o paciente: essa prática é indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde e precisa ser feita por meio de etiquetas, pulseiras, prontuários e solicitação de exames;
2. Higienizar as mãos é a medida individual mais simples para prevenir a propagação de infecções;
3. Orientar os pacientes e familiares a não manusear os dispositivos (cateteres);
4. Identificar todos os cateteres com data, hora de instalação e nome do profissional;
5. Realizar a desinfecção das conexões antes da infusão das medicações com Clorexidina alcoólica a 2%. Na impossibilidade, pode-se usar o álcool 70%;
6. Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções;
7. Posicionar os sistemas de infusão (equipos, buretas, extensões) em diferentes sentidos;
8. Realizar a passagem de plantão entre turnos;
9. Identificar a bomba de infusão na qual a dieta está sendo administrada;
10. Identificar o equipo, conforme solução (enteral e parenteral);
11. Propiciar o fortalecimento do vínculo do paciente e da família com a equipe, pois esses fornecem informações sobre os sintomas, história e tratamento;
12. Utilizar meios adequados e linguagem compreensível, para disponibilizar as informações aos diferentes grupos de pessoas;
13. Transmitir informações sobre o paciente, procedimentos realizados, medicações administradas, exames e qualquer alteração ao profissional, na passagem de plantão;
14. Registrar no prontuário as condições do paciente, as alterações significativas em sua evolução, bem como os registros padronizados na instituição, para que a comunicação seja efetiva e segura;
15. Registrar data e horário, antes de iniciar o registro da informação;
16. Registrar as informações em local adequado, com letra legível e sem rasura;
17. Descrever a identificação do profissional ao final de cada registro realizado;
18. Orientar os profissionais e família a manter as grades elevadas;
19. Orientar o paciente e acompanhante a solicitar auxílio ao profissional para sair do leito ou da poltrona;
20. Orientar o acompanhante a não dormir com criança no colo;
21. Avaliar o risco do paciente para desenvolvimento de lesão por pressão na admissão em qualquer serviço, realizar reavaliações periódicas e utilizar escalas específicas;
22. Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento;
23. Manter os lençóis secos, sem vincos e sem restos de alimentos;
24. Hidratar a pele do paciente;
25. Realizar mudança de decúbito a cada 2h;
26. Avaliar se o equipamento apresenta as condições adequadas para o uso;

27. Efetuar a desinfecção dos equipamentos com Surfic® ou álcool 70%, duas vezes ao dia;
28. Verificar em que condições encontra-se o equipamento, se a manutenção preventiva e a programação para calibração foram realizadas;
29. Pedir orientação ao serviço de engenharia sobre o uso adequado dos equipamentos, quando houver qualquer dúvida;
30. Posicionar o equipamento em local seguro para prevenir quedas e acidentes;
31. Explicar ao paciente e/ou acompanhante como acionar o profissional, em caso de urgências;
32. Certificar-se de que tem habilidade e conhecimento técnico para o manuseio do equipamento com segurança;
33. Em caso de falta de recurso tecnológico necessário, o enfermeiro deve verificar se há alternativas;
34. Geladeiras e congeladores não devem ser utilizados para guardar comidas e/ou bebidas;
35. Utilizar lixeiras com tampa e pedal;
36. Não sobrecarregar o circuito elétrico;
37. Evitar tocar o rosto, olhos, nariz, orelhas e boca com as mãos durante os procedimentos com o paciente;
38. Cobrir com adesivo cortes e picadas existentes nas mãos ou em lugares expostos;
39. Limpar e desinfetar os materiais e equipamentos utilizando soluções apropriadas.

REFERÊNCIAS

- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Plano de segurança do paciente. Recife: IMIP; 2014.
- Ministério da Saúde (BR). Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014.
- Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2018.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Shefer A, Atkinson W, Friedman C, et al. Immunization of health-care personnel: recommendations of the advisory committee on immunization practices (acip). MMWR. 2011 Nov 25;60(7):1-45.

3- CURATIVOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 03
CURATIVOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Gabriela Rocha, Adriana de Melo		
<u>Objetivo:</u>	Proporcionar o ambiente ideal para regeneração tecidual.	
<u>Abrangência:</u>	Nos pacientess com feridas abertas (exposição dos tecidos granulados, gordurosos e desvitalizados); em casos de lesão por pressão, deiscências de feridas operatórias, neoplásicas, úlceras vasculogênicas, entre outros em todo complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; EPI – Equipamento de Proteção Individual; PHMB – Polihexanida; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, residentes do âmbito ambulatorial.	
<u>Material necessário:</u>	Carrinho de curativos com: <ul style="list-style-type: none"> – Bandeja (devidamente higienizada); – Kit curativo (luvas de procedimento, luvas estéreis, gazes estéreis, SF 0,9%, Clorexidina degermante, agulha 40 x 12 ou transfix, cobertura prescrita, saco plástico para lixo); – EPIs (definir, de acordo com a complexidade da lesão): avental descartável, máscara cirúrgicas, gorro e óculos de proteção; – Fixação: ataduras crepe, adesivo hipoalergênico; – Infectadas e tecido desvitalizados: Clorexidina a 2% e retira com SF 0,9% em jato. 	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;

<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção <p style="text-align: right;">Perry e Potter (2021).</p>

PROCEDIMENTOS

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja, colocar no carro de curativo e levar à enfermaria do paciente;
3. Explicar o procedimento a ser realizado;
4. Garantir a privacidade do paciente posicionando um biombo, retirando os demais acompanhantes e fechando a porta;
5. Posicionar o paciente adequadamente, de acordo com a localização da ferida;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
7. Abrir todos os materiais necessários e colocar em um campo estéril;
8. Perfurar a SF 0,9% com uma agulha ou transofix, para irrigar a ferida;
9. Utilizar o EPI, de acordo com a necessidade do paciente;
10. Remover o curativo anterior, delicadamente, com luvas de procedimento, sempre observando o aspecto (exsudato, odor);
11. Descartar o curativo anterior em saco infectado junto às luvas de procedimento utilizadas na retirada;
12. Calçar a luva estéril;

13. Limpar a pele ao redor da ferida com gaze embebida em SF 0,9% (em caso de infecção, utilizar posteriormente Clorexidina degermante e remover com SF);
14. Limpar a ferida, de acordo com a avaliação:
 - a. Se presença de tecido de granulação: irrigar a lesão com SF, em toda sua extensão, aplicar cobertura específica para tecido granulado;
 - b. Se presença de tecido desvitalizado: irrigar a lesão ou limpar com gaze estéril embebida com SF exercendo uma suave fricção para remoção do tecido inviável. Aplicar cobertura para desbridamento;
 - c. Se presença de infecção: aplicar o item 13. Utilizar cobertura com PHMB ou carvãoativado.
15. Secar a pele ao redor da ferida;
16. Colocar a cobertura primária sobre a lesão, de acordo com a prescrição da estomaterapeuta – COMISSÃO DE CURATIVOS;
17. Colocar gazes sobre a cobertura primária ou compressa cirúrgica (em caso de ferida exsudativa);
18. Fixar o curativo com adesivo hipoalergênico ou enfaixe com atadura crepe, de acordo com a necessidade;
19. Retirar os EPIs;
20. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
21. Anotar data, horário e assinar o curativo;
22. Calçar as luvas de procedimento;
23. Deixar o paciente confortável;
24. Recolher o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
25. Encaminhar o material para expurgo:
 - a. Desprezar o saco plástico em lixeira infectante;
 - b. Desprezar o material perfurocortante, em recipiente próprio;
 - c. Acondicionar o material permanente em local apropriado até o encaminhamento à Central de Desinfecção e Esterilização.
26. Fazer a desinfecção do carro de curativos;
27. Retirar as luvas de procedimento;
28. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
29. Checar a prescrição de Enfermagem e anotar o procedimento realizado, descrevendo o aspecto da pele ao redor e o leito de ferida (coloração, exsudato etc.), e colocar a coberturas padronizadas.

COBERTURAS PADRONIZADAS NA INSTITUIÇÃO

COBERTURAS	DEFINIÇÕES	INDICAÇÕES	APRESENTAÇÃO	TROCAS
Carvão ativado com prata	Composta por uma almofada de nylon com carvão ativado impregnado com prata.	Lesão infectada aberta com grande volume de exsudato; contraindicado em lesões isquêmicas em granulação.	10,5 x 10,5 cm	Pode ser usado de 3 a 7 dias. O curativo de carvão ativado não necessita ser removido a cada troca curativo secundário, somente quando saturado.
Cobertura estéril não aderente	Composto de malha de acetado de celulose, impregnado com emulsão neutra de petrolatum.	Lesões fechadas limpas; limpas abertas em granulação com exsudação; queimaduras de segundo grau superficiais; contra indicado em lesões com muita secreção purulenta.	7,6 x 7,6 cm 20,3 x 7,6 cm	De 24 a 48h.
Triglicéride de Cadeia Média (TCM) / Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	Trata-se de um óleo vegetal composto pelos ácidos linoleico, caprílico, cáprico, capróico, alguns apresentam ainda vit. A e E, lecitina de soja e lanolina.	Lesões de pressão; lesões isquêmicas; lesões de pele com ou sem infecção (desde que sejam desbridadas anteriormente; prevenção de lesões de decúbito (não substituir as medidas usuais).	Líquida – 200 ml	De 12 a 24h. Pode ou não necessitar de curativo secundário.
Alginato de Cálcio	Fibras de não tecido, derivadas de algas marinhas, compostas pelos ácidos gulurônico e manurônico, com íons de cálcio e sódio incorporados em suas fibras.	Lesões abertas altamente exsudativas ou sangrantes, com ou sem infecção, e lesões cavitárias com necessidade de estímulo rápido do tecido de granulação.	Placa 10 x 10 cm Placa 15 x 15 cm	Lesões limpas com sangramento: trocar a cada 48h ou quando saturado. Limpas altamente exsudativas: trocar quando saturada a cobertura secundária.
Hidrogel com Alginato de Sódio	É um gel transparente, hidroativo amorfo contendo alginato de sódio.	Áreas necróticas secas: tecido desvitalizado mole; lesões com moderada quantidade de exsudato.	Gel – 8 g Gel – 25 g	Necessita de curativo secundário. Em média de 12 a 24h.
Hidrocolóide placa	Constituí-se de partículas absorventes de carboximetilcelulose e alginato de cálcio. Estão englobadas em fibras sintética, elástica e adesiva, sendo sua superfície coberta por uma membrana de permeabilidade seletiva de polierutano.	Prevenção de lesões por pressão; tratamento de lesões abertas com média a pequena quantidade de exsudato; lesões por pressão não infectada, com leve a moderada exsudação; queimaduras de segundo grau.	Placa 10 x 10 cm	Trocar o hidrocolóide sempre que o gel extravasar ou o curativo descolarou, no máximo, a cada 7 dias. Nesse caso, o hidrocolóide adquire uma coloração mais clara e consistência menos densa.

Fonte: FAMERP, 2012.

COBERTURAS	DEFINIÇÕES	INDICAÇÕES	APRESENTAÇÃO	TROCAS
Compressa Antimicrobiana(Kerlix)	Prevenção da penetração de microrganismo em lesões colonizadas e/ou infectadas, sendo um agente antimicrobiano que evita a contaminação do leito da lesão e combate a infecções já instaladas.	Microrganismo GRAM Positivos e negativos, fungos e leveduras.	Tecido 100% algodão de auto absorção com trama larga, impregnado com PHMB (poliexametileno de biguanida) na concentração mínima de 0,2%.	De 24h ou 72h.
Cavilon Spray	Barreira que oferece total proteção contra irritações de pele decorrentes de incontinência urinária e fecal, e danos causados pelos adesivos em curativos repetitivos.	Proteção da pele ao redor de ostomias, fístulas e lesões drenantes; processos alérgicos a adesivo (fitas); periestomas; lesões exudativas; ao redor de cânulas de entubação, traqueostomias, gastrostomias; dermatite e irritação de pele.	Spray – 28 ml	Toda vez que realizar o curativo.
Sulfadiazina de Prata	O íon prata causa a precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata, e ação bacteriostática residual, pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica.	Queimaduras ou lesões que necessitam de ação antibacteriana.	Creme	No máximo a cada 12h ou quando a cobertura secundária estiver saturada. No momento da troca a pomada pode apresentar aspecto purulento devido a sua oxidação sem, contudo, apresentar infecção real.
Papaína (desbridante enzimático)	Complexo de enzimas proteolíticas retiradas do látex do mamão papaia(<i>Carica papaya</i>).	Tratamento de feridas abertas; desbridamento de tecidos desvitalizados.	Creme	De 12 a 24h. Necessita de uma cobertura primária <u>10% (indicado para necrose)</u> e <u>6% (indicado para fibrina)</u> .

Fonte: FAMERP, 2012.

TIPOS DE CURATIVOS

O tipo de curativo a ser realizado varia, de acordo com a natureza, a localização e o tamanho da ferida. Em alguns casos, é necessária uma compressão, em outros, uma lavagem exaustiva com solução fisiológica, e outros exige imobilização com ataduras. Nos curativos em orifícios de drenagem de fístulas entéricas, a proteção da pele é fundamental.

Curativo semioclusivo

Este tipo de curativo é absorvente e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos e feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável.

Curativo oclusivo

Não permite a entrada de ar ou fluídos, atua como barreira mecânica, impede a perda de fluidos, promove isolamento térmico e veda a ferida, a fim de impedir enfisema e formação de crosta.

Curativo compressivo

Utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão.

Curativos abertos

São realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24h (cortes pequenos, suturas, escoriações etc.) são exemplos desse tipo de curativo. Normalmente, os curativos são divididos em primários, quando usados em contato direto com o tecido lesado, e secundários, quando colocados sobre o curativo primário. Alguns curativos requerem a utilização de cobertura secundária para manter a umidade adequada.

São vantagens do meio úmido

- Evitar traumas;
- Reduzir a dor;
- Manter a temperatura;
- Remover tecido necrótico;
- Impedir a formação de esfacelos;
- Estimular a formação de tecido viável;
- Promover maior vascularização.

Desbridamento

O desbridamento envolve a remoção de tecido não viável e de bactérias, para permitir a regeneração do tecido saudável subjacente. Durante o procedimento, é necessário evitar danos ao tecido de granulação. O desbridamento pode ser efetuado por meio de técnica cirúrgica, mecânica, enzimática ou autolítica. Cada procedimento possui vantagens, desvantagens e indicações para o seu uso. A combinação das técnicas pode ser o método mais eficaz. Para definir a melhor conduta, cada caso dever ser avaliado.

Observações

- O profissional que realizará o curativo deve ser definido entre a equipe médica ou enfermeiro, considerando a complexidade da ferida, sendo que se for feito por profissional de nível médio, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro responsável pelo setor;
- A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada, de acordo com o tecido e quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro estomaterapeuta ou médico;
- Deve ser realizada avaliação periódica da ferida para o acompanhamento da lesão;
- Observar, comunicar e anotar qualquer alteração na lesão, por exemplo: exsudato, edema, odor, hiperemia, isquemia etc.;
- Se houver alguma dúvida sobre a utilização do curativo, solicitar a avaliação do enfermeiro estomaterapeuta junto à Comissão de Curativos (composta pelo staff da cirurgia plástica, R1 da cirurgia plástica e o enfermeiro estomaterapeuta).

Siga os princípios para uma terapia tópica

- Remova tecidos desvitalizados e corpos estranhos no leito da ferida;
- O uso de desbridante enzimático (ver tabela de coberturas) deve ser orientado pelo enfermeiro assistencial, estomaterapeuta e médicos;
- O desbridamento com instrumental deve ser feito pelo médico assistencial ou pela Comissão de Curativos.
- Identificar e eliminar processos infecciosos: se houver indicação, utilizar solução antisséptica na limpeza da lesão;
- Em caso de presença de “espaço morto”:
 - Para irrigar a ferida com cavidade, pode utilizar o uso de seringa conectada a um cateter;
 - Preencher o “espaço morto” com coberturas absorventes.
- Manter o leito da ferida com umidade controlada:
 - Em feridas com excesso de exsudato, utilizar coberturas absorventes;
 - Em casos de áreas ressecadas, utilizar coberturas que ofereça umidade.

- Promover isolamento térmico: utilizar solução fisiológica na temperatura próxima à temperatura corporal (em torno de 37°C);
- Proteger a ferida de traumas e infecções:
 - Manter a ferida com curativo oclusivo;
 - Evitar traumas no local da lesão;
 - Proteger o curativo durante o banho com plástico impermeável;
 - Proteger a ferida de fezes e urina em pacientes com incontinência.

Orientações importantes

- Em portadores de ostomias e fístulas, utilizar creme barreira spray na proteção da pele;
- Não comprimir demasiadamente com ataduras e esparadrapos o local da ferida para garantir boa circulação;
- Trocar os curativos úmidos quantas vezes forem necessárias, o mesmo procedimento deve ser adotado para as roupas de cama com secreção do curativo;
- Ao remover o curativo, a ferida deve ser inspecionada quanto aos sinais flogísticos. Se houver presença de sinais de infecção, comunicar à CCIH e à Comissão de Curativos. Colher culturas, de acordo com as técnicas preconizadas pela CCIH;
- O curativo deve ser feito após o banho do paciente, fora do horário das refeições;
- O curativo não deve ser realizado em horários de limpeza do ambiente. O ideal é após a limpeza;
- Em feridas em fase de granulação, realizar limpeza do interior da ferida com SF 0,9% em jatos, não esfregar para não lesar o tecido em formação;
- Os drenos devem ser de tamanhos que permitam a permanência na posição vertical, livre de dobras e curvas;
- Mobilizar o dreno, conforme prescrição médica;
- Em úlceras venosas e neuropatia diabética, manter membro enfaixado e aquecido com algodão ortopédico;
- Em úlceras arteriais, manter membro elevado.

REFERÊNCIAS

- Blanes L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: [Arte de Cuidar]; 2004.
- Blanes L; Ferreira LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014.
- Ferreira AM, Andrade D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):117-21.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Scemons D, Elston D. Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem. Porto Alegre: McGraw Hill; 2011.

Shultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound Bed Preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen. 2003;11 Suppl 1:S1-28.

4- CURATIVOS DOS ACESSOS VENOSOS CENTRAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 04
CURATIVOS DOS ACESSOS VENOSOS CENTRAIS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Rubiane Silva, Adriana de Melo		
<u>Objetivo:</u>	Manter o controle asséptico do procedimento por meio das técnicas adequadas, prevenindo o número de infecções em cateteres centrais, e controlando o número de implantes e reimplantes dos mesmos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	AVC – Acesso Venoso Central; CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; NPT – Nutrição Parenteral Total.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimentos; luvas esterilizadas; gazes; Clorexidina alcoólica a 2%; filme transparente de poliuretano esterilizado; esparadrapo hipoalergênico; lâmina de bisturi; algodão; álcool 70%.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

- PÓS - PROCEDIMENTO
- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção.

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

As trocas de curativos dos AVC nos pacientes internados devem ser realizadas utilizando técnicas assépticas adequadas.

Trocas de curativos dos AVC

1. Observar nas enfermarias do setor a quantidade de pacientes com AVC;
2. Anotar nome, registro, data de nascimento, data da admissão, idade, local do AVC (jugular, subclávia, axilar, direita ou esquerda), data da implantação ou retirada;
3. Realizar o curativo após 48h da sua implantação;
4. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
5. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
6. Preparar o material;
7. Calçar as luvas de procedimentos;
8. Pedir ao acompanhante ou a um outro técnico de enfermagem para segurar o paciente, se o mesmo for criança;
9. Retirar o curativo anterior, com algodão e álcool 70%;
10. Retirar as luvas de procedimentos;
11. Calçar as luvas estéreis;
12. Embeber a gaze com a solução de Clorexidina alcoólica a 2% e realizar a antisepsia do local de inserção/cateter por meio de movimentos circulares do centro para a periferia;
13. Secar o local com gaze estéril;

14. Retirar a embalagem do filme transparente;
15. Fixar o filme transparente à pele, com cautela, para o mesmo não enrugar;
16. Retirar a proteção do filme transparente;
17. Colocar a data da realização ou da troca do curativo;
18. Recolher o material;
19. Descartar adequadamente, de acordo com o tipo de resíduo;
20. Fazer a assepsia correta das mãos.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA A REALIZAÇÃO DOS AVC

- Os curativos com filme transparente só devem ser realizados 48h após a implantação do catetere se o mesmo estiver limpo, sem sangramento;
- Para os casos que – mesmo após 48h da punção – continuem com sangramentos, realizar curativos compressivos com gaze e fita microporosa hipoalergênico;
- Os curativos com filme transparente devem ser trocados a cada 7 dias, ou imediatamente, se o mesmo se apresentar sujo, úmido, solto, e se houver presença de sangramentos ou secreções;
- Não molhar o sítio de inserção durante o banho (realizar proteção com saco plástico limpo e fitas adesivas);
- Não utilizar pomadas ou cremes no local da inserção;
- Realizar desinfecção das conexões antes da infusão das medicações com swab de álcool 70%;
- Trocar o sistema de infusão a cada 96h, e em caso de infusão de nutrição parenteral (NPT), a cada dieta;
- Utilizar, de preferência, cateter ou lume exclusivo para NPT.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, et al. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. *Am J Infect Control*. 2005;33(2):83-7.

Lobo RD, Levin AS, Oliveira MS, et al. Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: continuous tailored education versus one basic lecture. *Am J Infect Control*. 2010;38(6):440-8.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

5- CURATIVO DO COTO UMBILICAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 05
CURATIVO DO COTO UMBILICAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Rubiane Silva, Adriana de Melo		
<u>Objetivos:</u>	Prevenir infecções; promover desidratação, mumificação e queda do coto umbilical; avaliar a cicatrização, grau de mumificação, presença de sangue, presença de secreção, odor e sinais flogísticos.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias, UTI Neonatal e Pediátrica; UCI.	
<u>Siglas:</u>	UCI – Unidades de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; RN – Recém-nascido.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Gazes; luvas de procedimento; álcool 70%.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

1. Checar o nome e o leito do RN;
2. Orientar o acompanhante quanto ao procedimento, se necessário;
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
4. Colocar o RN em decúbito horizontal/dorsal;
5. Retirar as roupas do RN expondo apenas a área a ser manipulada;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Examinar o coto umbilical quanto ao grau de mumificação, presença de sangue, secreções, odor e área periumbilical;
8. Segurar extremidade do coto umbilical com uma gaze, limpar a inserção com gaze embebida em álcool 70% e retirar o excesso com outra gaze;
9. Limpar o coto com uma gaze embebida em álcool 70%, da inserção para a extremidade;
10. Limpar com gaze seca retirando o excesso de álcool;
11. Retirar as luvas de procedimento;
12. Manter o coto umbilical descoberto;
13. Realizar descarte de material e local apropriado;
14. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
15. Realizar as anotações no registro de enfermagem.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Os frascos de álcool 70% utilizados nos curativos do coto umbilical devem ser individualizados(para cada RN);

- O coto umbilical deve ser avaliado diariamente e, se houver excessiva secreção ou sangramento, deve-se aumentar a frequência da higiene do coto.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Critérios nacionais de infecção relacionadas à assistência à saúde: neonatologia. 2. ed. Brasília: Anvisa; 2017.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. 2. ed. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em Neonatologia. Montevideu: OPAS; 2017.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

6- TÉCNICA DE HIGIENE ORAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 06
HIGIENE ORAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Lucidalva Salgado, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque.		
<u>Objetivo:</u>	Proporcionar higiene da cavidade oral e prevenir infecções endógenas e nosocomiais.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI- Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção); material de higiene pessoal (escova de dentes com cerdas macias, creme dental, antisséptico oral sem álcool, toalha); clorexidina 0,12%; bandeja; gaze estéril; papel-toalha; espátula; copo descartável com água; cuba rim; saco plástico para resíduos; seringa de 20 ml; aspirador montado (se necessário); sonda de aspiração (se necessário); cânula de Guedel (se necessário); fixador de tubo orotraqueal (se necessário); biombos.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e

explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Higiene oral é o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbológico da cavidade bucal.

Finalidade

Promover a higienização dos dentes, língua, gengivas, mucosas, lábios e tubo endotraqueal e qualquer outro dispositivo presente na cavidade bucal.

Técnica

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Reunir o material necessário em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
3. Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação e conferir dados contidos na pulseira com o paciente e/ou responsável;
4. Promover a privacidade do paciente;
5. Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
6. Checar em prontuário se há restrição quanto à elevação de cabeceira;

7. Elevar a cabeceira do leito (posição de Fowler), em pacientes inconscientes, colocá-los em decúbito lateral;
8. Colocar papel-toalha sobre o tórax do paciente;
9. Abaixar a grade lateral da cama do lado que o profissional se posicionará para realizar o procedimento;
10. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
11. Usar os EPIs recomendados (luvas, máscara, avental e óculos);
12. Inspeccionar a integridade dos lábios e cavidade oral;
13. Colocar o creme dental na escova e umedecê-lo com pouca água e/ou usar espátulas envoltas em gazes, embebida em solução anti-séptica diluído em água;
14. Realizar ou orientar a escovação dos dentes, gengiva e língua, com movimentos circulares e de cima para baixo;
15. Oferecer um copo com água para enxaguar a cavidade oral (bochecho) e a cuba rim para o paciente cuspir, em caso de impossibilidade do paciente desprezar a solução oral, utilizar o aspirador;
16. Após a escovação e enxágue, oferecer a solução oral antisséptica, caso esteja prescrito, e orientar o paciente a fazer bochecho e cuspir;
17. Enxugar os lábios do paciente com papel-toalha e/ou toalha;
18. Retirar as luvas de procedimento e descartá-las em lixo apropriado;
19. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
20. Levantar a grade lateral da cama;
21. Deixar o paciente em posição confortável;
22. Manter o quarto e/ou o leito organizado;
23. Calçar as luvas de procedimento e recolher o material;
24. Desprezar os resíduos em lixo apropriado;
25. Retirar as luvas de procedimento e descartá-las;
26. Lavar a bandeja e a cuba com água e sabão, secar com papel-toalha e fazer a desinfecção com álcool 70%;
27. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
28. Checar o procedimento na prescrição de Enfermagem e realizar as anotações de Enfermagem em prontuário.

Higiene Oral em Paciente Entubado:

- Seguir os itens da técnica acima do 1 ao 13;
- Caso o paciente esteja com sonda nasogástrica, abrí-la, para evitar náuseas e refluxo do conteúdo gástrico para a boca;

- Verificar se o cuff da cânula endo-traqueal está insuflado, para evitar que a solução anti-séptica ou salivação penetre na traquéia, durante a higienização;
- Instilar água com auxílio da seringa, na região oral e fazer aspiração ao mesmo tempo;
- Proceder limpeza de toda a boca do paciente, usando as espátula envolta em gaze embebida em solução anti-séptica;
- Limpar também a língua;
- Enxugar os lábios com a toalha e lubrificá-los;
- Trocar fixador de tubo;
- Retirar EPIs;
- Lavar as mãos conforme técnica estabelecida pela instituição;
- Recompôr a unidade;
- Checar o procedimento na prescrição de Enfermagem e realizar as anotações de Enfermagem em prontuário.

Higiene Oral em Paciente Entubado:

1. Seguir os itens da técnica acima do 1 ao 13;
2. Pedir ao paciente que remova a prótese com o uso da toalha de papel. Se o paciente não puder remover as próteses sozinho, a enfermagem deve fazê-lo em seu lugar, lenta e cuidadosamente;
3. Colocar as próteses na cuba rim, forrada com toalha de papel;
4. Colocar a pasta dental ou sabão líquido sobre a escova;
5. Segurar as próteses na palma da mão e escová-la com movimentos firmes da base dos dentes para as pontas;
6. Escovar a área de acrílico em toda sua extensão;
7. Lavá-la sob jato de água fria;
8. Desprezar o papel toalha da cuba rim e colocar outro;
9. Colocar a prótese limpa na cuba rim;
10. Oferecer copo com solução antisséptica bucal, para que o paciente enxágue a boca;
11. Entregar a prótese ao paciente ou coloque-a no mesmo, no caso de impossibilidade visível, sendo possível também entregar a prótese dentária aos familiares, registrando em prontuário o dia, a hora e o nome do familiar que recebeu;
12. Colocar o paciente em posição confortável;
13. Retirar EPIs;
14. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
15. Limpar e guardar todo o material;
16. Checar o procedimento na prescrição de Enfermagem e realizar as anotações de Enfermagem em prontuário.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações para higiene bucal do paciente adulto em UTI. São Paulo: AMIB; 2014.
- Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Prado ML, Gelbcke FL. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3.ed. Florianópolis: Progressiva; 2013.
- Quadros CT, Silva MC, Carvalho MF, Santos Silva ME, Meireles IB, Silva CR, Marta CB. Importância dos cuidados de higiene oral realizados em pacientes intubados no centro de terapia intensiva. Saúde Col.2019;1(51):1933-8.
- Silveira IR, Maia FO, Gnatta JR, Lacerda RA. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. Acta Paul Enferm. 2010;23(5):697-700.
- Stacciarini TS, Cunha MH. Procedimentos operacionais padrão em enfermagem. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014.

7- BANHO DE ASPERSÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 07
Título: BANHO DE ASPERSÃO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Proporcionar higiene e conforto ao paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Sabão neutro; toalha; pente; luvas de banho (opcional); luvas de procedimento; roupa pessoal.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
2. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
3. Reunir o material de higiene;
4. Encaminhar o paciente ao banheiro;
5. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Auxiliar o paciente na retirada da roupa;
8. Se necessário, levar uma cadeira de apoio para o paciente;
9. Assegurar a privacidade do paciente. Orientar ele ou o acompanhante a deixar a porta destrancada e chamar, se precisar de assistência;
10. Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
11. Estimular a higiene oral;
12. Manter o leito organizado;
13. Conduzir o paciente ao seu leito;
14. Descartar o material em local apropriado.

REFERÊNCIAS

Carmagnani MI, Fakhri FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perri AG. Fundamentos da enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

Prefeitura Municipal de Campinas (BR). Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de Enfermagem. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas (BR); 2008.

8- BANHO NO LEITO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 08
BANHO NO LEITO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Raniere Carvalho, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar a higiene corporal no paciente acamado, promovendo conforto; e realizar a inspeção da pele e mucosas.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI- Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Toalha de rosto e de banho; algodão; compressa; bata; roupa de cama (2 lençóis, 1 travesseiro e 1 cobertor); espátula; fralda descartável, se necessário; luvas de procedimentos e outros EPIs, se necessários; sabonete neutro individual (em barra ou líquido); hidratante para a pele; suprimento para higiene pessoal (desodorante, xampu, creme dental, escova de dentes, pente, aparelho de barbear); bacia ou jarra; aparadeira/papagaio; biombos; sacos plásticos para armazenar roupas sujas, acondicionar luvas contaminadas e descartar algodão utilizado no banho.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Paramentar-se;
3. Avaliar o paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente, investigar seu nível de capacidade funcional e sua necessidade de ajuda;
5. Identificar se há restrições/limitações na atividade física do paciente;
6. Reunir os materiais e encher a jarra com água morna;
7. Desocupar a mesa de cabeceira e colocar o material sobre ela;
8. Posicionar uma cadeira e os sacos plásticos aos pés da cama do paciente;
9. Dispor sobre o encosto da cadeira as roupas que serão utilizadas, conforme a técnica de arrumação completa da cama;
10. Evitar corrente de ar, fechando janelas e portas;
11. Oferecer ao paciente a aparadeira ou papagaio;
12. Se possível, elevar a cama do paciente em uma posição mais alta;
13. Abaixar ou retirar a grade lateral mais próxima e auxiliar o paciente a posicionar-se próximo ao lado da cama onde irá estar. Mantê-lo em decúbito dorsal;
14. Proporcionar privacidade ao paciente com biombos e manter sempre um lençol em cima do paciente;
15. Calçar as luvas de procedimento;
16. Desprender a roupa de cama;
17. Despejar a água morna da jarra em uma compressa sobre a bacia;

18. Realizar a higiene oral (vide POP n° 06);
19. Realizar higiene do couro cabeludo e cabelos;
20. Higienizar os olhos com movimentos delicados, do canto interno do olho para o externo, alternando as diferentes partes da compressa para cada olho;
21. Enxaguar, ensaboar a compressa e lavar o rosto, o pescoço e as orelhas do paciente. Umedecer nova compressa com água da jarra e passar na pele para retirar o sabão e secar com uma toalha;
22. Remover a bata do paciente e mantê-lo coberto. Quando um membro apresentar lesão ou o paciente receber infusão venosa, remover a bata começando pelo braço que não apresenta problemas. Não desconectar o equipo;
23. Colocar uma toalha sob o braço;
24. Umedecer nova compressa, ensaboá-la e lavar o braço mais afastado do paciente (lado oposto de quem está realizando o procedimento) utilizando movimentos longos e firmes no sentido do punho à axila (área distal para proximal). Enxaguar e secar;
25. Realizar a limpeza do outro braço seguindo a mesma técnica; desprezar em saco plástico a compressa usada;
26. Pegar outra compressa;
27. Posicionar a bacia sob as mãos do paciente, lavá-las e enxaguá-las despejando a água da jarra;
28. Enxugar as mãos;
29. Colocar uma toalha sobre o tórax e abdome do paciente afastando o lençol até o púbis;
30. Umedecer a compressa, ensaboá-la, erguer a toalha com uma das mãos e com a outra lavar o tórax e abdome do paciente utilizando movimentos circulares. Atenção especial para as dobras de pele sob as mamas da paciente. Limpar área umbilical e quaisquer dobras abdominais e rugas; Enxaguar;
31. Enxugar a região lavada, observando as condições da pele do paciente, e comunicar o enfermeiro se houver presença de lesão ou dermatite associada à umidade;
32. Cobrir com um lençol o tórax e abdome do paciente e retirar a toalha;
33. Retirar o restante da roupa do paciente, mantendo-o protegido com o lençol;
34. Colocar uma toalha sob a perna;
35. Umedecer nova compressa, ensaboá-la e lavar a perna do paciente (que deve estar mais distante de quem está realizando o procedimento) do tornozelo ao joelho e do joelho à virilha utilizando movimentos longos e firmes no sentido distal para proximal, apoiando com a outra mão a perna na região das panturrilhas. Enxaguar e, com a toalha, secá-las;
36. Higienizar a outra perna seguindo a mesma técnica;
37. Aproximar a bacia dos pés do paciente e colocar um dos pés na bacia de cada vez;
38. Lavar, enxaguar e secar os pés, com especial atenção à região interdigital; observar as condições de integridade da pele;
39. Retirar a bacia dos pés da cama e desprezar a água no vaso sanitário no banheiro ou expurgo;

40. Trocar as luvas de procedimento;Virar o paciente para o decúbito lateral, colocar a toalha sob suas costas e nádegas. Manter as grades da cama elevadas ou solicitar auxílio de outra pessoa para mantê-lo nesta posição e prevenir queda;
41. Umedecer nova compressa, ensaboá-la e lavar as costas, nádegas e cóccix do paciente, utilizando movimentos longos e firmes. Observar as condições de integridade de pele na área sacral e outras proeminências ósseas da região dorsal, comunicando o enfermeiro qualquer anormalidade;
42. Enxaguar e enxugar a região lavada;
43. Realizar a higiene da região perianal;
44. Trocar as luvas de procedimento e retornar o paciente ao decúbito dorsal;
45. Fazer a higiene íntima do paciente, conforme a técnica;
46. Trocar as luvas de procedimento;
47. Colocar o paciente em decúbito lateral;
48. Hidratar a pele do paciente na região dorsal, fazendo massagem com movimentos circulares ou longitudinais, sem fricção;
49. Trocar as roupas da cama do paciente, conforme a técnica de arrumação de cama. Aplicar creme barreira nas regiões perineal e sacral, se houver indicação e vesti-lo com fralda descartável, se necessário, ou roupa íntima;
50. Aplicar o hidratante nos membros superiores e inferiores;
51. Vestir o paciente com bata;
52. Aplicar desodorante nas axilas;
53. Pentear os cabelos do paciente (a lavagem dos cabelos pode ser feita antes ou após a higiene do corpo). Inspeccionar as regiões de proeminências ósseas para avaliar a integridade do couro cabeludo;
54. Limpar, cortar ou aparar as unhas, se necessário;
55. Recolher todo material utilizado para encaminhar ao local adequado (incluindo o saco de roupa suja) e deixar a unidade do paciente em ordem;
56. Retirar as luvas de procedimento;
57. Higienizar as mãos;
58. Registrar no prontuário do paciente o procedimento realizado e as condições de integridade da pele ou de qualquer outra anormalidade que fora observada durante o procedimento e comunicar ao enfermeiro;
59. Realizar as intervenções necessárias para tratamento de lesões de pele, conforme o protocolo institucional.

REFERÊNCIAS

Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Prado ML, Gelbcke FL. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3.ed. Florianópolis: Progressiva; 2013.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Volpato AC, Passos VC. Técnicas Básicas em enfermagem. 5.ed. São Paulo: Martinari; 2018.

9- TRICOTOMIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 09
TRICOTOMIA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Rubiane Silva, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivos:</u>	Facilitar a limpeza e a desinfecção da pele e da região a ser operada; evitar interferências com incisão cirúrgica; evitar a aderência dos curativos pós-operatórios; promover uma boa cicatrização da ferida operatória.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, Enfermaria, Triagem Obstétrica, Sala de Parto, UTI.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção); tricotomizador; fita microporosa, para remover os pelos soltos; pacote de gaze; toalha descartável ou papel-toalha; bandeja; cuba-rim ou bacia; jarro com água morna; sabão antisséptico; saco plástico para lixo; biombo (se necessário).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

1. Identificar o paciente;
2. Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
3. Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
4. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
5. Cercar a cama com biombos;
6. Manter a privacidade do paciente, expondo somente a região a ser tricotomizada;
7. Proteger os lençóis de camas ou macas com campos impermeáveis reutilizáveis ou descartáveis;
8. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Esticar a pele com uma mão;
11. Pegar o tricotomizador com a outra mão;
12. Manter o tricotomizador num ângulo de 15° a 30°, em relação à superfície da pele, cuidando para não pressionar a pele com força;
13. Remover os pelos cortados da área;
14. Pressionar suavemente o lado adesivo da fita sobre a área tricotomizada, para remover os pelos residuais;
15. Higienizar a área com água e sabão antisséptico, para remover os pêlos cortados;
16. Secar a pele;
17. Retirar as luvas de procedimento;
18. Substituir os lençóis da cama ou maca;
19. Recolher o material utilizado;
20. Registrar a técnica realizada no prontuário do paciente, com assinatura e carimbo.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2013.
- Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 Apr;20(4):250-78; quiz 279-80.
- Murta GF, Garcia JN. Procedimentos Básicos de Enfermagem no Cuidar. São Caetano do Sul: Difusão; 2006.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: WHO; 2016.
- World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009. Geneva: WHO; 2009.

10-TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 10
TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Raniere Carvalho, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque.		
<u>Objetivos:</u>	Verificar os sinais vitais, visando garantir a segurança do paciente e evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Síglas:</u>	PNI - Pressão Não Invasiva; SSVV - Sinais Vitais	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Relógio de parede que tenha demonstrador de segundos; caneta e papel; termômetro; tensiômetro; estetoscópio.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PULSO

Procedimentos

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
3. Verificar se a monitorização cardíaca está bem posicionada no paciente (eletrodos, cabo de ECG);
4. Verificar se não há interferência no monitor;
5. Manter o paciente em posição confortável;
6. Manualmente, verificar o pulso palpando a artéria escolhida;
7. Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, comprimindo-a levemente (não utilizar o polegar). O local para aferição do pulso depende do seu estado clínico. Comumente são as artérias: carótida, femoral, radial, braquial, poplítea e pediosa;
8. Contar os batimentos arteriais durante um minuto;
9. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
10. Comunicar ao enfermeiro as alterações dos valores, ritmo ou amplitude;
11. Anotar o procedimento realizado e registrar o valor encontrado no prontuário do paciente. Assinar e carimbar os respectivos registros.

RESPIRAÇÃO

Procedimentos

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, lembrando que pode fazer a contagem, enquanto verifica temperatura ou outro procedimento, já que a frequência respiratória pode ser alterada, se ele souber que está sendo contada;
- Observar os movimentos respiratórios (a subida e descida do tórax do paciente). Em pacientes conscientes, colocar a mão no pulso radial do paciente como se fosse controlar o pulso (aqueça as

mãos se necessário, friccionando-as) e observar os movimentos respiratórios sem que o paciente perceba;

- Contar a frequência respiratória (inspiração e expiração) por um minuto e observar também o ritmo e a profundidade da respiração. Repetir o procedimento, se necessário;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Anotar o valor no formulário de registro de sinais vitais;
- Recolher o material do quarto;
- Checar e registrar o horário e valor na anotação de Enfermagem. Em caso de alterações, comunicar ao enfermeiro/médico imediatamente.

PRESSÃO ARTERIAL

Procedimentos

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Reunir os materiais na bandeja e levar ao leito do paciente. Se estiver em PNI, verificar se está conectado ao monitor;
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. Confirmar o nome com a prescrição e pulseira de identificação do paciente;
5. Identificar-se para o paciente;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita do POP n° 01;
7. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
8. Realizar assepsia, com algodão embebido em álcool 70%, nas olivas e no diafragma do estetoscópio;
9. Posicionar o paciente confortavelmente;
10. Se necessário, remover a manga da blusa do braço do paciente no qual será colocado o manguito;
11. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
12. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
13. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
14. Colocar o visor do manômetro aneróide de modo que fique fácil de visualizar;
15. Solicitar ao paciente que não fale durante a mensuração;
16. Palpar a artéria braquial e colocar o estetoscópio sobre a região;
17. Insuflar o manguito até ultrapassar de 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial);
18. Proceder a deflação lentamente;

19. Determinar a pressão sistólica, na ausculta do primeiro som, que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som;
20. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa;
21. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons;
22. Retirar delicadamente o manguito e deixar o paciente confortável;
23. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas aferições;
24. Informar o valor de pressão arterial medido ao paciente;
25. Realizar assepsia com álcool 70% no manguito e nas olivas e diafragma do estetoscópio;
26. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
27. Registrar o valor obtido no formulário específico;
28. Recolher o material do quarto;
29. Checar e registrar o horário, valor e membro que foi aferida a pressão arterial na anotação de Enfermagem. Em caso de alterações, comunicar ao enfermeiro/médico imediatamente.

DOR

Procedimentos

- Aplicar a escalar de dor;
- Em pacientes conscientes e orientados, perguntar local, intensidade e duração da dor;
- Em paciente comatosos, averiguar causas da dor e observar faces de dor;
- Registrar em impresso próprio;
- Comunicar anormalidades.

TEMPERATURA

Temperatura Axilar

Procedimentos

1. Confirmar o nome do paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir os materiais na bandeja e levar ao leito do paciente;
4. Identificar-se para o paciente e conferir o nome completo, prescrição e a pulseira de identificação;
5. Comunicar ao paciente que verificará sua temperatura;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
7. Posicionar o paciente confortavelmente;
8. Promover a privacidade do paciente;

9. Realizar desinfecção do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%;
10. Colocar o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto na pele e pedir para comprimir o braço (caso seja necessário, enxugue a axila);
11. Aguardar o termômetro digital apitar. Em caso de termômetro de coluna de mercúrio, esperar 3 minutos. Retirar o termômetro e realizar a leitura;
12. Repetir o procedimento, se necessário;
13. Realizar assepsia do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%;
14. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
15. Anotar o valor no formulário, para registro de sinais vitais;
16. Recolher o material do quarto e guardar o termômetro em local seguro;
17. Checar e registrar o horário e valor na anotação de Enfermagem. Em caso de alterações, comunicar ao enfermeiro/médico imediatamente.

Temperatura Retal

Procedimentos

1. Confirmar o nome do paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir os materiais na bandeja e levar ao leito do paciente;
4. Identificar-se para o paciente e conferir o nome completo, prescrição e a pulseira de identificação;
5. Comunicar ao paciente que verificará sua temperatura;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
7. Posicionar o paciente confortavelmente;
8. Promover a privacidade do paciente;
9. Realizar a desinfecção do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%;
10. Calçar as luvas de procedimento;
11. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a perna flexionada (posição de Sims);
12. Lubrificar a ponta do termômetro e introduzir no ânus, acompanhando a curvatura do reto, aproximadamente 1,5 cm em lactentes e 4 cm em adultos;
13. Aguardar 3 minutos, retirar o termômetro e realizar a leitura;
14. Repetir o procedimento, se necessário;
15. Realizar assepsia do termômetro utilizando água e sabão;
16. Descartar as luvas de procedimento em local apropriado;
17. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
18. Anotar o valor no formulário, para registro de sinais vitais;
19. Recolher o material do quarto e guardar o termômetro em local seguro;
20. Checar e registrar o horário e valor na anotação de Enfermagem. Em caso de alterações, comunicar ao enfermeiro/médico imediatamente.

REFERÊNCIAS

- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital das Clínicas. Rotina Operacional Padrão ROP: aferição de sinais vitais. Uberaba: UFTM; 2020.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal de Alagoas. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Pop: passagem de plantão da equipe de enfermagem. Maceió: UFAL; 2018.
- Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Porto CC. Semiologia médica. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(4):1071-8.

11- PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 11
TÉCNICA PARA PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022		<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Cavalcanti, Adriana de Melo, Keityane da Silva.		
<u>Objetivo:</u>	Instalar cateter em trajeto venoso periférico para coleta de sangue venoso, infusão de medicamentos e manutenção de via de acesso venoso.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; MMII – Membros Inferiores; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja; EPIs; algodão; gaze estéril; Clorexidina alcoólica ou álcool 70%; luvas de procedimento estéreis; luvas de procedimento; garrote; cateter intravenoso; equipo; conexão duas vias; SF 0,9%; seringa de 10 ml; curativo estéril; esparadrapo comum e hipoalergênico.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar das mãos, conforme técnica descrita no POP N° 01;
- Reunir os materiais;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento, sua finalidade e suas complicações;
- Em adultos, as vias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias dos MMII não devem ser puncionadas em virtude do risco de embolia e tromboflebites. Em pacientes pediátricos, deve-se selecionar o vaso com a maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, antebraço, braço, evitando a área anticubital;
- Escolher a veia mais calibrosa, seguindo a prioridade do sentido distal para a proximal;
- Escolher o cateter, levando em consideração peso, idade e condições músculoesqueléticas;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Preencher toda a conexão duas vias com SF 0,9%;
- Realizar o garroteamento (torniquete) do membro a ser puncionado com a distância de 4 cm do local da punção;
- Realizar antissepsia do local com solução alcoólica (Clorexidina alcoólica ou álcool 70%) realizando fricção mecânica de 5 a 15 segundos, em movimentos de vai e vem, mudando o lado do algodão ou gaze para não contaminar área já limpa com material sujo;
- Após antissepsia, evitar manipulação no local da punção. Caso necessário palpação, calçar as luvas de procedimento estéreis;
- Se necessário, realizar a tonsura (remoção dos pêlos). Não é recomendado o uso de lâminas de barbear, devido ao risco de infecção;

- Puncionar com o bisel voltado para cima com angulação de 30° até cateterização do vaso, observando refluxo sanguíneo na câmara do dispositivo. Ao observar o refluxo, realizar a mudança na angulação do dispositivo, progredindo o cateter paralelamente à pele, enquanto segura o mandril;
- Limitar, no máximo, a duas tentativas de punção periférica por profissional e no máximo quatro tentativas no total;
- Retirar totalmente o mandril, instalar a conexão duas vias e observar fluxo e refluxo sanguíneo com seringa de 10 ml;
- Realizar a fixação do acesso venoso periférico com curativo estéril. Na ausência desse, utilizar esparadrapo comum ou hipoalergênico;
- Identificar no acesso o tamanho do cateter intravenoso, o nome do profissional que realizou o procedimento, a data e hora;
- Descartar corretamente os materiais utilizados em locais apropriados;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Registrar o procedimento em prontuário.

OBSERVAÇÕES

- Cuidado com o descarte de material perfurocortante;
- Não realizar a troca rotineira do acesso. A troca deve ser realizada por perda, caso o curativo esteja molhado ou sujo, ou pela presença de sinais de infecção (dor, hiperemia, edema, calor);
- Atentar para o cuidado durante o banho, evitando molhar o acesso; proteger o acesso com plástico (papel filme);
- Antes e após a administração de medicamentos, realizar *flushing* com 10 ml de SF 0,9%.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Jerônimo R, Cheregatti A. Técnicas de UTI. 2. ed. São Paulo: Rideel; 2011.

Melo EM, Aragão AL, Pessoa CM, et al. Cuidados dispensados pela equipe de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica. Rev enferm UFPE on line. 2015;9(3):1022-30.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perri AG. Fundamentos da enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

12-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 12
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Amanda de Lima, Emanuelle Menezes, Carla Gomes, Renata Nascimento, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar medicações por meio de um acesso venoso para que haja uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja ou cuba rim; Gaze compressa estéril; Álcool 70%; Terapia medicamentosa prescrita (identificada, diluída na seringa compatível ou frasco de soro com medicação diluída; Luva de procedimento; Agulha; Seringa; Soro fisiológico a 0,9%; Swab de álcool à 70%.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Conferir na prescrição do paciente o nome completo, a medicação, a dose, a via e o horário;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir o material necessário;
4. Encaminhar-se ao paciente e assegurar a identificação correta dele, conferir com a pulseira e confirmar com paciente ou responsável por ele;
5. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
7. Calçar as luvas e fazer antisepsia com swab em movimentos circulares por 10 fricções ;
8. Checar a permeabilidade do acesso venoso, observando se o local apresenta sinais flogísticos (dor, calor e rubor);
9. Fechar o clamp de controle de fluxo do acesso venoso, no caso do paciente estar recebendo hidratação contínua;
10. Realizar a desinfecção das conexões e injetores (entrada das vias do extensor) do circuito, utilizando swab de álcool a 70% através de 10 fricções circulares;
11. Abrir a via do extensor do equipo que será utilizado, com o auxílio da gaze;
12. Introduzir a seringa na via do extensor;
13. Proteger o dispositivo de multiplas vias (tampa) do extensor com gaze e deixá-la na bandeja;
14. Certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa ou circuito com medicação;
15. Injetar o medicamento de forma lenta;
16. Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante a administração;
17. Retirar a seringa;
18. Introduzir a seringa preenchida com SF 0,9% afim de salinizar a via utilizada;

19. Retirar a seringa;
20. Fechar a via do extensor com o conector próprio (tampa do extensor);
21. Fechar o clamp de fluxo da via que não será mais utilizada;
22. Abrir o clamp de controle de fluxo do equipo de soro, acertando o gotejamento;
23. Observar sinais aparentes de alteração no paciente e no local da punção, após a administração do medicamento (dor local, hiperemia, rubor, edema);
24. Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas);
25. Deixar a unidade limpa e organizada;
26. Desprezar o material utilizado em local apropriado;
27. Limpar a bandeja ou a cuba rim com álcool a 70%;
28. Retirar luvas de procedimentos;
29. Higienizar as mãos;
30. Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado e anotar possíveis intercorrências.

REFERÊNCIAS

- AME: dicionário de administração de medicamentos na Enfermagem, 2009-2010. Rio de Janeiro: Epub; 2009. 762 p.
- Figueira MC, Germano EM, Santos LA, et al. Manual de enfermagem: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- Figueiredo NM, Viana DL, Machado WC, coordenadores. Tratado prático de enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis; 2008. v. 2.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

13-DILUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 13
DILUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Cavalcanti, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Descrever a técnica de preparo e administração de medicamentos por via intravenosa, visando a qualidade da assistência e a segurança do paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; EPI – Equipamento de Proteção Individual; PICC – Cateter Central de Inserção Periférica; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Prescrição médica; gorro; máscara; luvas de procedimento estéreis; luvas de procedimento; gaze estéril; campo estéril; álcool 70%; desinfetante padronizado pela CCIH; seringas, se necessário; agulha de aspiração; SF 0,9%; equipos, se necessário; etiqueta de identificação; bandeja; medicamentos (drogas, água destilada, soro glicosado, soro fisiológico e diluentes).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e

- explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Identificar corretamente o paciente;
- Verificar prescrição médica avaliando legibilidade, identificação do paciente (nome completo, número do registro ou atendimento, data de nascimento) e das informações do medicamento prescrito (nome da droga, dose, via de administração, frequência, horário e velocidade de infusão);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Separar os materiais necessários e direcionar-se ao local específico para o preparo do medicamento;
- Colocar os EPIs (máscara, toucas);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Realizar higienização do local de preparo do medicamento com desinfetante padronizado pela CCIH;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar procedimento, conforme item n° 02;
- Verificar a validade, o rótulo e se há alteração no aspecto do medicamento;
- Preencher as etiquetas de identificação contendo os dados do paciente, do profissional que está realizando o procedimento, a data e hora da manipulação e a data de instalação dos equipamentos, respeitando as recomendações de troca da instituição;
- Lavar os frascos dos medicamentos que serão utilizados com água e sabão (quando não causar alteração no rótulo);

- Realizar desinfecção com álcool 70% de todas as ampolas e frascos de medicamentos e frascos de soro;
- Utilizar o álcool gel a cada etapa ou sempre que houver leve contaminação nas mãos (caso ocorra contaminação grosseira, realizar higiene, conforme POP nº 01);
- Calçar as luvas de procedimento estéreis;
- Abrir campo estéril na bancada;
- Organizar sobre o campo estéril as seringas conectadas com as agulhas que serão utilizadas no preparo dos medicamentos. Em caso de PICC, utilizar seringa de 10 ou 20 ml;
- Preparar os medicamentos utilizando técnica asséptica;
- Preparar a bandeja com: gaze estéril, álcool 70%, seringa de 10 ml com SF a 0,9% (para flushing de acesso venoso periférico, central e PICC), dispor as medicações devidamente diluídas na bandeja;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Levar bandeja com as medicações até o leito do paciente, explicar o procedimento a ser realizado e avaliar histórico de alergia;
- Verificar identificação do medicamento e paciente, conforme prescrição médica;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Calçar as luvas de procedimento estéreis;
- Desinfetar as conexões de equipos, injetor de medicações com swab de álcool, realizando 10 fricção mecânica circulares, antes do manuseio do cateter;
- Verificar se o acesso venoso encontra-se pérvio, utilizando seringa de 10 ml com SF 0,9%, testado fluxo e refluxo sanguíneo, nunca utilizar água destilada para testar permeabilidade do acesso seja em qualquer paciente;
- Administrar a medicação, observando possíveis reações do paciente;
- Realizar o flushing no cateter com seringa de 10 ml com SF 0,9% após administrar da medicação;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Checar medicação em prescrição médica;
- Descartar o material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01.

ATENÇÃO AOS NOVE CERTOS:

- 1 – usuário certo;
- 2 – dose certa;
- 3 – medicamento certo;
- 4 – hora certa;
- 5 – via certa;
- 6 – anotação certa;

- 7 – orientação ao paciente;
- 8 – compatibilidade medicamentosa;
- 9 – o direito do paciente em recusar a medicação
(TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

Confira SEMPRE o rótulo da medicação. Nunca confie. Leia você mesmo, realizando três leituras certas da medicação:

- 1. PRIMEIRA LEITURA:** Antes de retirar o frasco ou ampola do armário ou carrinho de medicamentos.
- 2. SEGUNDA LEITURA:** Antes de retirar ou aspirar o medicamento do frasco ou ampola.
- 3. TERCEIRA LEITURA:** Antes recolocar no armário ou desprezar o frasco ou ampola no coletor adequado.

OBSERVAÇÕES

- 1. Nunca reaproveitar os dispositivos de múltiplas infusões (tampinhas), sempre utilizar novas;
- 2. Não reencapar agulhas;
- 3. Comunicar as intercorrências ao enfermeiro.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN-SP; 2017.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Potter PA, Perri AG. Fundamentos da enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

14- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR HIPODERMÓCLISE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 14
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR HIPODERMÓCLISE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Renata Nascimento, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar medicações por hipodermóclise.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja previamente limpa com álcool 70%; solução intravenosa; equipamento para administração de fluidos; <i>scalp</i> ; álcool 70% ou Clorexidina alcoólica 2%; seringa; luvas de procedimento; filme transparente; esparadrapo hipoalergênico ou comum.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir o material necessário em bandeja previamente limpa com álcool 70%;
- Encaminhar-se ao paciente e assegurar identificação correta, conferindo com a pulseira e confirmando com paciente ou responsável por ele;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Checar a permeabilidade do acesso da hipodermoglise, observando se o local apresenta sinais flogísticos (dor, calor e rubor);
- Fechar o clamp de controle de fluxo do acesso venoso, no caso do paciente estar recebendo hidratação contínua;
- Realizar a desinfecção das conexões e injetores (entrada das vias do extensor) do circuito, utilizando swab de álcool a 70%;
- Abrir a via do extensor do equipo que será utilizado, com o auxílio da gaze;
- Introduzir a seringa na via do extensor;
- Proteger o dispositivo de múltiplas vias (tampa) do extensor com gaze e deixá-la na bandeja;
- Certificar-se de não haver bolhas de ar no interior da seringa ou circuito com medicação;
- Injetar o medicamento de forma lenta;
- Observar possíveis reações que o paciente possa apresentar durante a administrada;
- Retirar a seringa;
- Introduzir a seringa preenchida com SF 0,9% a fim de salinizar a via utilizada;
- Retirar a seringa;
- Fechar a via do extensor com o conector próprio (tampa do extensor);
- Fechar o clamp de fluxo da via que não será mais utilizada;

- Abrir o clamp de controle de fluxo do equipo de soro, acertando o gotejamento;
- Observar sinais aparentes de alteração no paciente e no local da punção, após a administração do medicamento (dor local, hiperemia, rubor, edema);
- Mudar o sítio de infusão em caso de edema, extravasamento ou eritema;
- Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas)
- Deixar a unidade limpa e organizada;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Limpar a bandeja ou a cuba rim com álcool a 70%;
- Retirar luvas de procedimentos;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Checar na prescrição, o horário correspondente ao procedimento realizado e anotar possíveis intercorrências;
- Monitorar o paciente quanto à febre, calafrios, edema, eritema persistente e dor no local da infusão. Em caso de suspeita de infecção, interromper a infusão;
- Devem ser evitadas as regiões irradiadas (radioterapia) por haver deficiência na absorção de grandes volumes e membro onde foram realizados esvaziamento ganglionar ou mastectomia.

INDICAÇÃO

1. Inviabilidade da via oral;
2. Acesso venoso difícil;
3. Cuidados paliativos;
4. Pacientes geriátricos.

CONTRAINDICAÇÃO

1. Situações de emergências;
2. Desidratação severa;
3. Coagulopatias;
4. Instabilidade hemodinâmica;
5. Anasarca.

MEDICAÇÕES PERMITIDAS

1. Tramadol, codeína, morfina e metadona;
2. Haloperidol, metoclopramida;
3. Octreotídeo;
4. Midazolam;
5. Prometazina, Hidroxizina;

6. Atropina, escopolamina;
7. Dexametasona;
8. Ranitidina.fomotidina;
9. Ketorolac;
10. Ampicilina, cefepime, ceftazidima, cefotaxina, ceftriaxone, tobramicina.

INCOMPATIBILIDADE (não fazer no mesmo sítio)

1. DEXAMETASONA com: fenobarbital, haloperidol, midazolan, octreotide;
2. FENOBARBITAL com: dexametasona, insulina, ranitidina;
3. FUROSEMIDA com: metoclopramida, midazolan, morfina;
4. HALOPERIDOL com: dexametasona;
5. INSULINA com: fenobarbital, octreotide, ranitidina;
6. METADONA com: morfina, tramadol;
7. METOCLOPRAMIDA com: furosemida;
8. MIDAZOLAN com: dexametasona, furosemida, ranitidina;
9. MORFINA com: furosemida, metadona, tramadol;
10. OCTREOTIDE com: dexametasona, insulina;
11. RANITIDINA com: fenobarbital, insulina, midazolan;
12. TRAMADOL com: metadona, morfina.

MEDICAÇÕES PROIBIDAS

1. Diazepan;
2. Antibióticos: (exceto ampicilina, cefepima, cefotaxima, ceftriaxona, tobramicina);
3. Fenitoína;
4. Clorpromazina;
5. Pamidronato;
6. Soluções hipertônicas (ex: glicose 50%);
7. Diclofenaco.

DILUIÇÃO DA MEDICAÇÃO

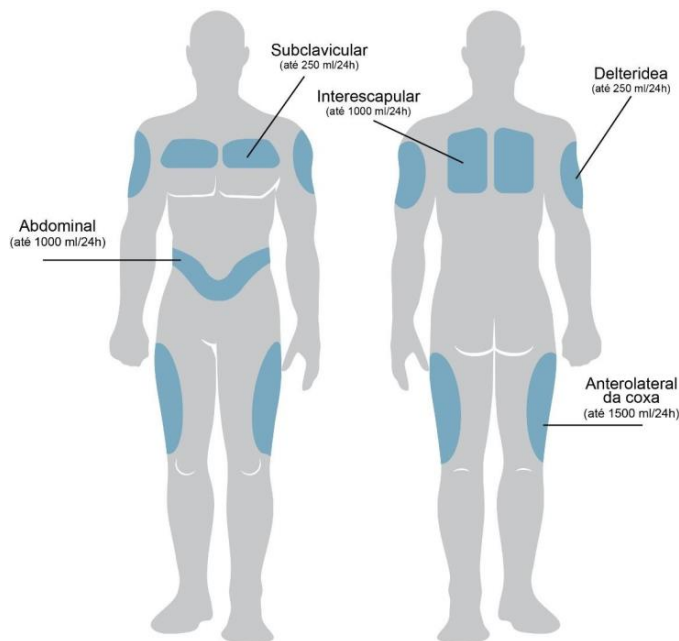
Todas as medicações devem ser diluídas com soro fisiológico, numa proporção 1:1, sendo para cada ml de medicação a mesma quantidade de diluente. Exceto: midazolam, metoclopramida, morfina, tramadol, haloperidol, furosemida e escopolamina que devem ser administrados em bolus. E os antibióticos que devem ser diluídos em soro fisiológico 100ml e devem ser administrados entre 40 e 60 minutos. Após administração de medicamento é necessário lavar o intermediário ou extensor 2 vias com soro fisiológico para que toda a medicação seja inserida no sítio.

VOLUME MÁXIMO PERMITIDO

1. 1.500 ml por sítio de punção;
2. 3.000 ml por dia;
3. Até 60 ml/h (1 ml/min).
4. 0,5 a 4ml/h em recém-nascidos

Sua grande vantagem está relacionada ao tempo de permanência, a qual pode ser mantida por semanas, diminuindo a dor e o desconforto das punções venosas, sendo recomendável a troca em casos de sinais flogísticos ou a cada 7 dias.

Figura 14.1. Locais para hipodermóclise



Fonte: guiafarmaceutico.hsl.org.br

REFERÊNCIAS

Azevedo EF. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.

Azevedo EF, Barbosa MF. Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 259-69.

Bruno VG. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. Einstein. 2015;13(1):122-8.

Lima DA, organizador. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, 2016.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (BR). Terapia Subcutânea no câncer avançado. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Oliveira MC. Procedimento Operacional Padrão: hipermóclise. Florianópolis: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago; 2017.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Takara L, Franck EM. Hipodermóclise. In: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Manual de residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Manole; 2018. p.693-710.

15-TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 15
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Mirella Martins, Ingrid Bormann, Carla Gomes, Adriana de Melo, Danielle Vasconcelos Souto		
<u>Objetivo:</u>	Remover o paciente para outro setor e/ou serviço hospitalar que disponibilize os recursos necessários para melhor assisti-lo.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	<p>Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, ficha de transferência interna, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); maca; materiais e medicações para urgência:</p> <p>Reanimador Manual com máscara e reservatório;</p> <p>Laringoscópio com lâminas adequadas para o paciente;</p> <p>Cânula endotraqueal: nº 7,0 a 9,0;</p> <p>Fonte de oxigênio comprimido com umidificador e fluxômetro;</p> <p>Sonda nasogástrica: nº 12; 14; 16; 18;</p> <p>Sonda para aspiração: nº 10; 12 e 14;</p> <p>Equipo Macrogotas;</p> <p>Seringas de 1cc, 3cc, 5cc, 10cc e 20cc;</p> <p>Agulhas 25 x 7, 15 x 4,5 e 40 x 12;</p> <p>Solução fisiológica 0,9% 500 ml;</p> <p>Ringer Lactato 500 ml;</p> <p>Soro Glicosado 5% 500 ml;</p> <p>Glicose 50% 10 ml;</p> <p>Água destilada 10 ml;</p> <p>Adrenalina;</p> <p>Atropina;</p> <p>Amiodarona;</p> <p>Noradrenalina.</p>	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente.

<p>Peça ao paciente para dizer o próprio nome;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender; • Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica; • Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1; • Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário; • Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento; • Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento; • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção <p style="text-align: right;">Perry e Potter (2021).</p>

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome.

PROCEDIMENTOS

1. Entrar em contato com o setor que receberá o paciente:
 - a. Verificar e confirmar a existência de leito;
 - b. Informar nome do paciente e as condições clínicas do mesmo.
2. Comunicar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a transferência;
3. Informar aos familiares sobre a transferência do paciente;
4. Providenciar materiais e medicamentos de urgência para transferência;
5. Solicitar ambulância ao NIR, quando necessário;
6. Registrar no prontuário, o horário, estado geral do paciente, o motivo e o local da transferência;
7. Solicitar maqueiro;
8. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
9. Estabilizar hemodinamicamente o paciente, para realizar a transferência;
10. Fechar sonda, cateter e dreno, se houver;
11. verificar permeabilidade dos acessos venosos, se existirem;
12. Transferir o paciente acompanhado do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; com seu prontuário, pertences, exames e medicações devidamente protocolados;
13. Resgatar equipamentos utilizados na transferência do paciente ou certificar-se de que os mesmos serão devolvidos;
14. Solicitar a limpeza terminal do leito, como também os equipamentos, deixando-os organizados;
15. Realizar transferência/alta no sistema MV e registrar no censo diário.

REFERÊNCIAS

- Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (BR). Parecer técnico Coren-PE nº 003/2015 [Internet]. Recife: COREN-PE; 2015 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0032015_4124.html
- Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (BR). Parecer técnico nº 027/2012: transporte de recém-nascidos para realização de exames, consultas e pareceres [Internet]. Recife: COREN-PE; 2012 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-no-0272012_7299.html
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2013 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2008 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

16- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 16
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Emanuelle de Menezes, Maria Interaminense, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar medicação por via oral.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; bandeja previamente limpa com álcool 70%, com a medicação prescrita; EPIs.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Conferir na prescrição do paciente o nome completo, medicação, dose, via e horário;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir o material necessário em uma bandeja, identificando a medicação com nome, leito, via de administração, horário e dosagem;
- Cada medicação deverá ser colocada em copo descartável de 50 ml diferente, evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação, lembrando de utilizar EPIs (touca, máscara e luvas) para manuseio de quimioterápicos orais e identificá-los;
- Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. Caso não haja sulco, não partí-lo pois não é possível uma medida exata;
- Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos fazendo exatamente a medida prescrita. Ler cuidadosamente o rótulo do frasco antes de prepará-lo;
- Encaminhar-se ao paciente e assegurar identificação correta, conferindo com a pulseira e confirmando com o paciente ou o responsável por ele;
- Identificar o grau de dependência do paciente (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);
- Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, em uma posição favorável à deglutição;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente, evitando que outro paciente a tome por engano e garantindo que a medicação seja tomada;
- Solicitar que o paciente confirme a deglutição da medicação;

- Recolher material, descartar em local apropriado, retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Checar o horário da medicação na prescrição médica;
- Registrar realização do procedimento no prontuário do paciente.

REFERÊNCIAS

Bortolozzo NM, Gorayb SB, Campos DA, Paiva MC, Lopes R. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: Epub; 2007.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Prado ML, Gelbcke FL. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3.ed. Florianópolis: Progressiva; 2013.

17-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 17
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Emanuelle de Menezes, Maria Interaminense, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar medicação por via intramuscular.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja contendo seringa com a medicação prescrita; agulha 25 x 7 mm; luvas de procedimento; algodão com álcool ou swab de álcool a 70%; EPIs.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

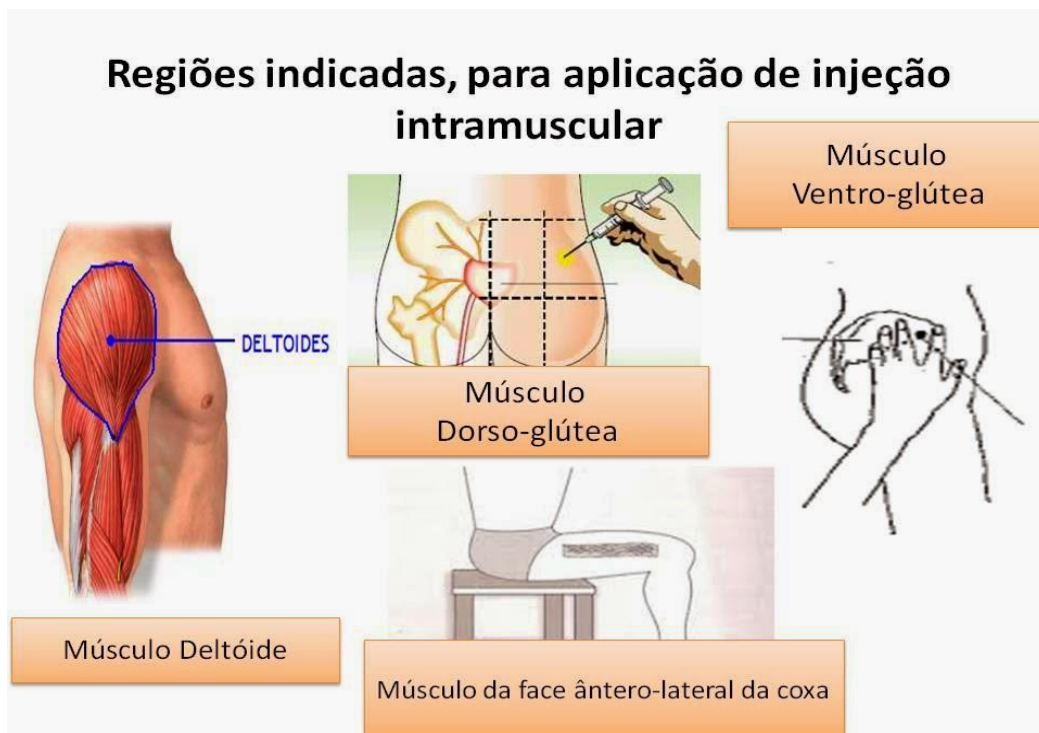
PROCEDIMENTOS

1. Conferir na prescrição do paciente o nome completo, medicação, dose, via e horário;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
3. Reunir o material necessário em uma bandeja;
4. Encaminhar-se ao paciente e assegurar a identificação correta dele, conferir com a pulseira e confirmar com paciente ou responsável por ele;
5. Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante. Se for quimioterápico, explicar os efeitos adverso e/ou colateral;
6. Colocar EPIs (máscara, óculos, touca) na administração de quimioterápicos via intramuscular. Nesse caso, deverá ser administrado exclusivamente pelo enfermeiro;
7. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
8. Posicionar o paciente em posição confortável e despir a área a ser aplicada;
9. Escolher a localidade para administração conforme a idade:

Idade	Deltóide	Ventro-glúteo	Dorso-glúteo	Vasto lateral
Neonatos	-----	-----	-----	0,5ml
Lactentes	-----	-----	-----	0,5ml
Crianças de 3 à 6 anos	-----	1,5ml	1,5ml	1,5ml
Crianças de 3 à 14 anos	0.5ml	1,5 à 2,0ml	1,5 à 2,0ml	1,5 à 2,0ml
Adolescentes	1,0ml	2,0 à 2,5ml	2,0 à 2,5ml	2,0 à 2,5ml
Adultos	1,0ml	4,0ml	4,0ml	4,0ml

10. Colocar biombos se necessário. Escolher o local para administração do medicamento, de acordo com a massa muscular do paciente, a característica da medicação (viscosidade, irritantes) e do volume a ser administrado;

11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Fazer antisepsia do local com algodão e álcool a 70% ou swab de álcool, em movimentos circulares;
13. Distender a pele com o polegar e o indicador e pinçar o músculo; introduzir a agulha em movimento único com o bisel lateralizado, num ângulo de 90°;
14. Soltar o músculo e aspirar a seringa, para verificar se não atingiu algum vaso sanguíneo;
15. Injetar a medicação lentamente;
16. Retirar a agulha e comprimir o local com algodão por alguns instantes;
17. Recolher material, retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
18. Realizar o descarte do material em local apropriado;
19. Checar realização da medicação na prescrição médica e descrever na evolução local de aplicação.



Fonte: Portal enf. Comunidade de Saúde, 2020.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Godoy S, Nogueira MS, Mendes IA. Aplicação de medicamentos por via intramuscular: análise do conhecimento entre profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):235-42.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

18-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 18
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Emanuelle de Menezes, Maria Interaminense, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar medicação por via subcutânea.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja previamente limpa com álcool 70%; recipiente com bolas de algodão embebidas em álcool 70% ou swab de álcool; seringa de 1 ou 3 ml; agulha 13 x 4,5 mm; agulha 40 x 12mm; luvas de procedimento; medicamento prescrito.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

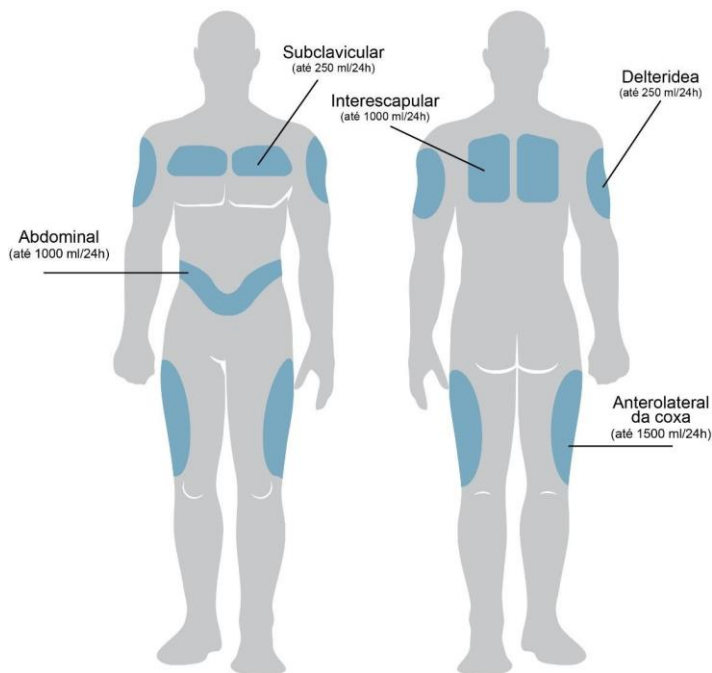
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Conferir na prescrição do paciente, o nome completo, a medicação, a dose, a via e o horário;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir material em bandeja previamente limpa com álcool 70%;
- Encaminhar-se ao paciente e assegurar identificação correta, conferindo com a pulseira e confirmando com paciente ou responsável por ele;
- Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante. Se for quimioterápico, explicar os efeitos adverso e/ou colateral;
- Colocar EPIs (máscara, óculos, touca);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Posicionar o paciente em posição confortável e despir a área a ser aplicada, que pode ser: face lateral superior dos braços e das coxas, e abdome;
- Determinar o local em que foi administrada a última injeção e alternar para evitar lesões nos tecidos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer antissepsia do local com álcool 70% ou swab de álcool, em movimentos circulares;
- Fazer uma pinça utilizando o dedo indicador e polegar da mão não dominante segurando com firmeza a prega da pele;
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima, observando o ângulo adequado, conforme a região;
- Administrar conteúdo da seringa lentamente;
- Fazer uma leve compressão com algodão seco até completa hemostasia;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;

- Checar realização da medicação na prescrição médica.



Fonte: guiafarmaceutico.hsl.org.br

REFERÊNCIAS

- Carmagnani MI, Fakhri FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Reichembach MT, Meier MJ, Aschidamini IM. Administração de medicamentos por via subcutânea: convenção ou controvérsia para a enfermagem?. Rev. bras. enferm. 2005;58(5):602-6.

19- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº 19
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA		
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão: 2024
Responsável pela revisão: Amanda de Lima, Emanuelle de Menezes, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
Objetivos:	Administrar medicações na região intradérmica; realizar testes de hipersensibilidade como os de alergia.	
Abrangência:	Todos os setores do complexo hospitalar.	
Siglas:	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
Competência:	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
Material necessário:	Bandeja; algodão; seringa com a medicação prescrita; agulha 13 x 4,5 mm, luvas de procedimento; EPIs.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Avaliar prescrição médica;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir o material necessário em uma bandeja;
- Preparar medicação, conforme prescrição;
- Conferir nome do paciente com a prescrição;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
- Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
- Orientar o paciente e/ou responsável, quanto ao procedimento a ser realizado;
- Certificar-se da medicação que está prescrita com os dados do paciente;
- Colocar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar antissepsia da região escolhida com algodão seco, já que pode haver uma possível interação entre o líquido injetado e o antisséptico, uma vez que o líquido depositado está muito próximo a pele;
- Elevar a pele com o dedo indicador e polegar;
- Introduzir a agulha num ângulo de 15° com a superfície da pele;
- Introduzir a medicação;
- Retirar a agulha;
- Orientar para não massagear o local e em caso de sangramento limpar com algodão seco;
- Descartar o material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Checar o horário da administração na prescrição;

- Registrar realização da medicação em prontuário, sinalizar área de administração e relatar possíveis intercorrências;
- Assinar e carimbar evolução.

REFERÊNCIAS

e-Disciplinas [Internet]. São Paulo: USP; c2018. Preparando e administrando imunobiológicos. [citado em 22 ago. 2018].

Luz S. Protocolos: administração de medicação via intradérmica [Internet]. [São Paulo]: Portal da enfermagem. 2010 mar. 2 [citado em 22 ago. 2018].

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perri AG. Fundamentos da enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

20-NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES MEDICAMENTOSAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 20
NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES MEDICAMENTOSAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Soares, Sandra Moura, Adriana de Melo, Claudiane Maria Urbano Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Comunicar à gerência de risco e farmácia do IMIP as reações adversas referentes aos medicamentos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, médico, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	Formulário impresso de Notificação de Eventos Adversos ou acesso ao formulário eletrônico na intranet; prescrição médica; frasco ou invólucro do medicamento.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Preencher o formulário impresso de Notificação de Eventos Adversos e encaminhar à Gerência de Risco ou preencher o formulário eletrônico de Notificação de Eventos Adversos disponível na intranet;
- Registrar na notificação os dados do produto suspeito, tais como: nome do produto, fabricante, registro na Anvisa, lote e data de validade;
- Registrar a reação adversa no livro de ocorrências do setor, onde a reação ocorreu;
- Aguardar orientações da Gerência de Risco e da Coordenação da Farmácia, sobre a continuação do uso do produto suspeito;
- Divulgar e discutir o episódio com a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015: orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. [Brasília]: Anvisa; 2018.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

21-SONDAGEM NASOGÁSTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 21
Título: SONDAGEM NASOGÁSTRICA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Clécia Sales, Rosângela Santos, Lidiana Tavares, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Inserir um tubo gástrico com objetivo de alimentação, drenagem e descompressão gástrica.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; SNG – Sonda Nasogástrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Sonda gástrica Levine adequada para o tipo de indicação; seringa de 20 a 60 ml; cuba para aparar secreções; anestésico gel hidrossolúvel tópico; cadarço ou fixador de sonda; esparadrapo hipoalergênico; luvas de procedimento; estetoscópio; coletor (S/N); gaze.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Confirmar a identificação do paciente, rever sua prescrição médica e história clínica;
2. Verificar se o paciente está em jejum de no mínimo 4h, pois a presença de alimentos reduz os movimentos gástricos;
3. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente se o mesmo tiver consciente e/ou acompanhante destacando sua necessidade, vantagens e cuidados necessários, confirmando com os dados da pulseira de identificação;
4. Posicionar biombos ou fechar as cortinas em volta do leito, respeitando a privacidade do paciente;
5. Separar todo material em uma bandeja próxima ao paciente e colocar EPIs;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
7. Posicionar o paciente em posição de Fowler, se possível, ou em decúbito dorsal;
8. Preparar a fixação da sonda;
9. Calçar as luvas de procedimento. Mesmo não sendo um procedimento estéril, ficar atento às técnicas e segurança biológica. Pode ser prudente usar máscara e óculos de proteção;
10. Inspeccionar a permeabilidade das narinas, limpar a cavidade nasal e remover a oleosidade da pele, usando álcool 70%;
11. Retirar a sonda e a seringa da embalagem, verificando a sua integridade;
12. Medir comprimento necessário para atingir o estômago (gástrica) ou intestino (entérica). A medição se faz com a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha, desce até a ponta do esterno (processo xifóide), marque nessa porção com esparadrapo e lubrifique mais ou menos 10 cm da entrada da sonda;
13. Introduzir delicadamente a sonda na narina. Após introdução de pouco mais de 10 cm, solicitar ao paciente que auxilie engolindo a sonda, quando essa passar pela garganta, conforme a idade, até a marcação realizada previamente;

14. Em caso de resistência, parar, retroceder e reintroduzir a sonda lentamente;
15. Observar se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação, que podem ser manifestações de desvio da sonda para as vias aéreas;
16. Para confirmar que a sonda está no estômago, aspirar o conteúdo gástrico com seringa de 20 ml e observar seu aspecto. Se a aspiração for negativa, posicionar o paciente em decúbito lateral e repetir o teste, ou introduzir ar com seringa de 20 ml enquanto se ausculta o epigástrico;
17. Limpar as narinas do paciente e fixar a parte externa da sonda no nariz, de acordo com a rotina do setor;
18. Caso a finalidade da sondagem seja drenagem, conectar ao coletor e fixar este ao leito;
19. Realizar as anotações no registro de Enfermagem com horário e intercorrências, se houver; carimbar e assinar.

REFERÊNCIAS

- Beghetto MG, Anziliero F, Leães DM, et al. Sondagem enteral: concordância entre teste de ausculta e raio-x na determinação do posicionamento da sonda. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):98-103.
- Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (BR). Parecer COREN-BA nº 006/2016: sondagem gástrica em recém-nascido. [Salvador]: COREN-BA; 2016.
- Medeiros RK, Ferreira MA Júnior, Torres GV, et al. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. *Rev. Eletr. Enf.* 2015;17(2):279-89.
- Oliveira RG. *Blackbook enfermagem.* Belo Horizonte: Blackbook; 2016.
- Potter P, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem.* 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem.* 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Sá MR. Parecer N. 50/2014: atribuições dos enfermeiros quanto as sondas e cateteres. João Pessoa: Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (BR); 2014.
- Unamuno MR, Marchini JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2002;4(11):95-101.

22-TÉCNICA DE SONDAGEM NASOENTERAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 22
SONDAGEM NASOENTERAL		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Flávia Tolêdo, Lidiana Tavares, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Inserir um tubo com objetivo de alimentação enteral.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; RX – Raio X; SNE – Sonda Nasoenteral.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Gaze; luvas de procedimento estéreis; esparadrapo hipoalergênico; anestésico gel hidrossolúvel tópico; seringa e sonda nasoenteral compatível com o tamanho do paciente; fio guia; EPIs.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Confirmar a identificação do paciente, rever sua prescrição médica e história clínica;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente se o mesmo tiver consciente e/ou acompanhante destacando sua necessidade, vantagens e cuidados necessários, confirmando com os dados da pulseira de identificação;
3. Posicionar biombos ou fechar as cortinas em volta do leito, respeitando a privacidade do paciente;
4. Separar todo material em uma bandeja próxima ao paciente;
5. Colocar os EPIs e higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
6. Elevar a cabeceira da cama (posição de Fowler – 45°) com a cabeceira inclinada para frente ou decúbito dorsal horizontal com cabeça lateralizada;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Proteger o tórax com a toalha e limpar as narinas com gaze. Inspeccionar as narinas quanto à presença de obstrução e fratura com o objetivo de determinar qual é a mais adequada;
9. Limpar a cavidade nasal e remover a oleosidade da pele, usando álcool 70%;
10. Preparar a fixação da sonda;
11. Retirar a sonda e a seringa da embalagem e verificar sua integridade;
12. Calçar a luva estéril;
13. Medir comprimento necessário para atingir intestino. A medição se faz com a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha, desce até a ponta do esterno (processo xifóide), acrescenta mais 10 cm e marca nessa porção com esparadrapo;
14. Lubrificar a sonda utilizando gaze embebida com anestésico gel hidrossolúvel tópico mais ou menos 10 cm da entrada da sonda;

15. Introduzir delicadamente a sonda na narina. Após introdução de pouco mais de 10 cm, solicitar ao paciente que auxilie engolindo a sonda, quando essa passar pela garganta, conforme a idade, até a porção marcada previamente;
16. Em caso de resistência, parar, retroceder e reintroduzir a sonda lentamente;
17. Observar se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação, que podem ser manifestações de desvio da sonda para as vias aéreas;
18. Limpar as narinas do paciente e fixar a parte externa da sonda no nariz, de acordo com a rotina do setor;
19. Com a sonda inserida até a posição desejada, retirar o guia da sonda. Recomenda-se lavar e guardar o guia com identificação de data e nome do paciente, caso a sonda tenha que ser reintroduzida;
20. Posicionar o paciente confortavelmente;
21. Colocar o paciente em decúbito lateral direito para que a passagem da sonda, até o duodeno seja facilitada pelo peristaltismo gástrico;
22. Aguardar a migração da sonda para o duodeno, realizar RX para confirmação da localização da sonda, antes de administrar a alimentação (de 3 a 4h);
23. Descartar o material em local apropriado;
24. Realizar as anotações no registro de Enfermagem com horário e intercorrências, se houver; carimbar e assinar.

REFERÊNCIAS

- Beghetto MG, Anziliero F, Leães DM, et al. Sondagem enteral: concordância entre teste de ausculta e raio-x na determinação do posicionamento da sonda. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):98-103.
- Medeiros RK, Ferreira MA Júnior, Torres GV, et al. Validação de conteúdo de instrumento sobre a habilidade em sondagem nasogástrica. *Rev. Eletr. Enf.* 2015;17(2):279-89.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem.* 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter P, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem.* 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Sá MR. Parecer N. 50/2014: atribuições dos enfermeiros quanto as sondas e cateteres. João Pessoa: Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (BR); 2014.

23- ADMINISTRAÇÃO DE DIETA/MEDICAÇÃO POR SONDA NASOENTERAL / NASOGÁSTRICA / GASTROSTOMIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 23
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA E/OU MEDICAÇÃO POR SONDA NASOENTERAL / NASOGÁSTRICA / GASTROSTOMIA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Renata Nascimento, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Administrar a dieta e ou medicação em pacientess por meio de sondas.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CTNEP – Comissão de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral; EPI – Equipamento de Proteção Individual; GTT – Gastrostomia; SNE – Sonda Nasoenteral; SNG – Sonda Nasogástrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja previamente limpa com álcool 70%; luvas de procedimento; seringa de 20 ml; água; medicação, macerador	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir o material necessário em uma bandeja, previamente limpa com álcool 70%;
- Encaminhar-se ao paciente e assegurar a identificação correta dele, conferir com a pulseira e confirmar com paciente ou responsável por ele;
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Para administração de medicações, os mesmos devem ser mascerados com o auxílio de um pilão, dissolvidos na água e administrados levemente, através da sonda;
- Verificar a fixação e confirmar o posicionamento da sonda;
- Administrar o medicamento somente com a cabeceira elevada, para que não ocorra aspiração;
- Dobrar a extremidade da sonda, protegida com gaze, retirar a tampa e conectar a seringa (Se SNE OU SNG);
- Desdobrar a sonda e injetar o medicamento (Se SNE OU SNG);
- Dobrar a sonda e desconectar a seringa, com cuidado para não tracionar (Se SNE OU SNG);

- Conectar a seringa com água (verificar indicação de restrição hídrica), desdobrar a sonda e injetar a mesma;
- Dobrar a sonda e desconectar a seringa (Se SNE OU SNG);
- Manter a sonda fechada por cerca de 30 min;
- Evitar interrupções da dieta, exceto sob orientação da equipe médica ou CTNEP;
- Detectar, registrar e comunicar à CTNEP, ou ao médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.

REFERÊNCIAS

Oliveira RG. Blackbook enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook; 2016.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Sá MR. Parecer N. 50/2014: atribuições dos enfermeiros quanto as sondas e cateteres. João Pessoa: Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (BR); 2014.

Unamuno MR, Marchini JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto. 2002;4(11):95-101.

24-INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 24
INSTALAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Lidiana Tavares, Adriana de Melo, Renata Nascimento, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Fornecer nutrientes através do trato gastro intestinal com o auxílio de uma sonda, cateter ou estoma, estabelecendo técnica adequada e segurança ao paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CTNEP: Comissão de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral; NE – Nutrição Enteral.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Frasco com dieta; equipo; luvas de procedimento; seringa; água.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Reunir o material necessário;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Observar a integridade da embalagem, presença de partículas estranhas à NE, nome do paciente, número do leito, composição e volume total da NE, prazo de validade e recomendações específicas (caso haja comprometimento de algum desses itens, não instalar a dieta);
6. Observar e trocar a fixação da sonda, se necessário;
7. Verificar localização e posicionamento da sonda;
8. Adaptar o equipo à bomba infusora e ao frasco da NE;
9. Programar o gotejamento em bomba infusora, conforme prescrição;
10. Posicionar o paciente em posição semi-Fowler, para diminuir o risco de broncoaspiração;
11. Manter a permeabilidade da sonda, lavando-a com a água filtrada após cada etapa da NE e administração de medicamentos;
12. Evitar interrupções da dieta, exceto sob orientação da equipe médica ou CTNEP;
13. Detectar, registrar e comunicar à CTNEP, ou ao médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.

REFERÊNCIAS

Anziliero F, Corrêa AP, Batassini E, et al. Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem pós sonda nasoenteral em serviço de emergência. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):e50870.

Colaço AD, Nascimento ER. Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(5):844-50.

Lewis SL, Dirksen S, Heitkemper MM, et al. *Tratado de enfermagem medico-cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

25-INSTALAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 25
INSTALAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo, Renata Nascimento.		
<u>Objetivo:</u>	Manter um aporte nutricional adequado; diminuir as perdas calóricas; assegurar o aporte hidroeletrolítico.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, Enfermaria, UTI, Centro Cirúrgico, UCI.	
<u>Siglas:</u>	BIC – Bomba de Infusão Contínua; BPANP – Boas Práticas de Nutrição Parenteral; CTNEP – Comissão de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral; EPI – Equipamento de Proteção Individual; NP – Nutrição Parenteral; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Gaze; luvas de procedimento estéreis; máscara; touca; esparadrapo hipoalergênico; film transparente de poliuretano esterilizado.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Preparar o material, o paciente e o local para instalação;
- Ficar atento: a NP pode ser administrada em Cateter Venoso Periférico, caso tenha osmolaridade menor que 900 mOsmol/L. Caso contrário, deve ser administrada em Cateter Venoso Central;
- Assegurar a manutenção, permeabilidade da via de acesso para administração da Nutrição Parenteral;
- Receber a solução parenteral da farmácia e assegurar a sua conservação até a completa administração;
- Certificar-se que a solução parenteral atingiu a temperatura natural;
- Paramentar-se com EPIs;
- Realizar a limpeza previa da bomba de infusão contínua **com álcool 70%**;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Inspeccionar o visual da solução parenteral antes de sua infusão;
- Preencher o equipo da NP;
- Realizar a programação da infusão, conforme prescrição médica (vazão);
- Avaliar e assegurar a instalação da NP observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;
- Calçar as luvas e utilizar técnica asséptica para instalar a NP;

- Realizar a desinfecção das conexões do acesso com gaze e Clorexidina alcoólica à 1% ou swab de álcool;
- Conectar o equipo da NP ao acesso venoso;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Iniciar a infusão da NP;
- Avaliar e assegurar a administração da solução parenteral, observando os princípios de assepsia, de acordo com as Boas Práticas de Administração de Nutrição Parenteral (BPANP) constantes da Portaria n.º. 272 ANVISA, de 8 de abril de 1998;
- Assegurar a infusão do volume prescrito, por meio do controle rigoroso do gotejamento, com uso de BIC;
- Monitorar o paciente durante o procedimento;
- Registrar o horário de instalação da NP;
- Assegurar que qualquer outra droga, solução ou nutrientes prescritos não sejam infundidos na mesma via de administração da solução parenteral, sem a autorização formal CTNEP;
- Evitar interrupções da NP, exceto sob orientação da equipe médica ou CTNEP;
- Manter a bolsa de NP envolta em capa para proteção da luz, caso tenha na sua composição substâncias que são fotossensíveis;
- Detectar, registrar e comunicar à CTNEP, ou ao médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria n.º 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Brasília: ANVISA, BIREME; c2003.

Câmara dos Deputados (BR). Decreto n.º. 94.406, de 08 de junho de 1987. [Internet]. 1987 jun. 8 [citado em 10 abr. 2018]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-norma-pe.html>.

Chagas FP, et al. Cuidados de enfermagem na nutrição parenteral (NP). In: Caruso L, Sousa AB, org. Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; 2014. p. 123-5.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN N.º 0453/2014: Aprova a norma técnica que dispõem sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Brasília: COFEN; 2014.

Matsuda CS, Sepra LF, Ciosak SI, organizadores. Terapia nutricional enteral e parenteral: consenso de boas práticas de enfermagem. São Paulo: Martinari; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

26-SONDAGEM VESICAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 26
SONDAGEM VESICAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kátia Moura, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Introduzir sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina, instilar medicação ou líquido, controle do volume urinário e/ou coleta de exame, com tempo de permanência determinado pelo médico.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento estéreis; gaze; campo estéril; sonda vesical de alívio ou foley de calibre adequado para o paciente; Soro fisiológico (lubrificante)/anestésico gel hidrossolúvel tópico; antisséptico preferencialmente em solução aquosa (Clorhexidina, conforme recomendação da CCIH); bolsa coletora de urina fechado ou semifechado; esparadrapo hipoalergênico; seringa de 20 ml; agulha; água destilada; tubo para urocultura e sumário de urina, quando necessário; aparadeira.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Confirmar a identificação do paciente, rever sua prescrição médica e história clínica;
2. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo tiver consciente, e/ou ao acompanhante destacando sua necessidade, vantagens e cuidados necessários, confirmando com os dados da pulseira de identificação;
3. Posicionar biombos ou fechar as cortinas em volta do leito, respeitando a privacidade do paciente;
4. Separar todo material em uma bandeja próxima ao paciente e colocar EPIs;
5. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
6. Posicionar a paciente em posição ginecológica, se sexo feminino, e dorsal, se sexo masculino;
7. Calçar as luvas estéreis;
8. Conectar sonda ao coletor de urina, testando balonete (sistema fechado com sistema de drenagem com válvula antirrefluxo);
9. Preencher seringa de 20 ml com água destilada e deixar reservada de maneira estéril;
10. Proceder a antisepsia com gaze embebida em solução antisséptica, afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador, ou tracionar o pênis em direção ao umbigo e fazer a antisepsia;
11. Retirar as luvas estéreis utilizadas na higienização do meato urinário;
12. Colocar em uma gaze o anestésico gel hidrossolúvel tópico;
13. Calçar as luvas estéreis;
14. Passar gel lubrificante na sonda;
15. Introduzir a sonda até a presença da drenagem de diurese (introduzi-la um pouco mais);

16. Em caso de resistência, parar, retroceder e reintroduzir a sonda lentamente;
17. Caso a finalidade da sondagem seja drenagem (Sonda Vesical de Demora), conectar ao coletor e fixar esse ao leito;
18. Insuflar o balão com água destilada, por meio da válvula e puxar a sonda para certificar-se da sua fixação;
19. Fixar com esparadrapo hipoalergênico a sonda na parte interna da coxa do paciente (feminina), ou em região suprapúbica (masculina);
20. Realizar as anotações no registro de Enfermagem com horário e intercorrências, se houver, carimbar e assinar;
21. Caso a sondagem ocorra para drenagem momentânea da diurese, retirá-la ao término.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. [Brasília]: COFEN; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2005.

27-COLETA DE UROCULTURA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 27
COLETA DE UROCULTURA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Renata Nascimento, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Coletar urocultura viabilizando o isolamento das bactérias para identificar a presença de microorganismos específicos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	SVA – Sonda Vesical de Alívio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Recipiente apropriado para coleta; gaze estéril; sabão neutro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao exame;
2. Identificar o recipiente com nome, registro e leito do paciente;
3. Entregar ao paciente e/ou acompanhante o recipiente, a gaze e o sabão neutro;
4. Orientar o paciente e/ou acompanhante a fazer antisepsia dos genitais com água e sabão neutro e enxugar com gaze estéril;
5. Orientar o paciente e/ou acompanhante a desprezar a primeira amostra da urina e colocar a segunda amostra no recipiente apropriado;
6. Protocolar o exame;
7. Realizar registro na evolução de Enfermagem;
8. Levar imediatamente para o laboratório.

Observação

Se necessário, colher por meio de SVA utilizando a técnica descrita no POP nº 28, realizando a coleta do material.

REFERÊNCIAS

- Carvalho GF, Rocha LC, Monti PR. Urocultura e exame comum de urina: considerações sobre sua coleta e interpretação. Rev AMRIGS. 2006;50(1):59-62.
- Guerra GV, Souza AS, Costa BF, et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. Rev Bras Ginecol Obste. 2012;34(11):488-93.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

28-COLETA DE SUMÁRIO DE URINA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 28
COLETA DE SUMÁRIO DE URINA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Barros, Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Coletar sumário de urina, visando pesquisar os elementos anormais e sedimentados, albuminas, proteínas, glicose e acetona, bem como a presença de piócitos que caracterizem possíveis infecções urinárias.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	SVA – Sonda Vesical de Alívio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Recipiente apropriado para urina; sabão neutro; gaze.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Reunir material;
2. Identificar o recipiente com nome do paciente, registro e leito;
3. Orientar o procedimento ao paciente/acompanhante;
4. Orientar a higienização da genitália externa com água e sabão neutro enxugando com gaze;
5. Orientar ao paciente/acompanhante a desprezar o primeiro jato de urina, colhendo-se do jato intermediário aproximadamente 10 ml, a depender do recipiente do laboratório (sendo a primeira micção da manhã, a mais indicada);
6. Realizar registro referente ao procedimento realizado;
7. Protocolar e levar ao laboratório.

Observação

Se necessário, colher através de SVA utilizando a técnica de passagem de sonda descrita no POP nº 28, realizando a coleta do material.

REFERÊNCIAS

- Carvalho GF, Rocha LC, Monti PR. Urocultura e exame comum de urina: considerações sobre sua coleta e interpretação. Rev AMRIGS. 2006;50(1):59-62.
- Guerra GV, Souza AS, Costa BF, et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. Rev Bras Ginecol Obste. 2012;34(11):488-93
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

29-COLETA DE PROTEINÚRIA DAS 24 HORAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 29
Título: COLETA DE PROTEINÚRIA DAS 24 HORAS		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2020	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Barros, Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Coletar proteinúria de 24h com o objetivo de detectar, por meio da urina coletada em 24h, as perdas de ácido úrico, cálcio, hormônio, potássio glicose e proteínas.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	SVA – Sonda Vesical de Alívio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Recipiente para coleta da urina; geladeira específica para acondicionar o recipiente como material.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Pegar o recipiente apropriado no laboratório;
2. Orientar ao paciente e/ou acompanhante quanto a importância do exame e como deve ser coletada a urina das 24h;
3. Identificar o recipiente com nome, registro e leito do paciente;
4. Entregar um recipiente ao paciente/acompanhante e orientá-lo para esvaziar a bexiga totalmente na primeira micção do dia;
5. Orientar o paciente/acompanhante a encher o recipiente com toda a urina do dia e a primeira do dia seguinte;
6. Orientar o paciente/acompanhante a colocar o recipiente com urina na geladeira;
7. Orientar o paciente ao urinar ele deve pegar o recipiente e levar para o banheiro, e ao término colocar novamente na geladeira;
8. Ao término das 24h, encaminhar o material ao laboratório, protocolado;
9. Realizar registro referente ao procedimento/exame.

REFERÊNCIAS

Kirsztajn GM. Proteinúria: muito mais que uma simples dosagem. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2010;46(3):111-222.

Pasteur Medicina Diagnóstica. Coleta de urina de 24 horas: instruções de coleta [Internet]. [citado em 15 maio 2018]. Disponível em: <http://www.pasteur.com.br/pdf/coletadeurina24horas.pdf>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

30- VERIFICAÇÃO DA PROTEINÚRIA ATRAVÉS DE FITA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 30	
Título: VERIFICAÇÃO DA PROTEINÚRIA ATRAVÉS DE FITA			
Versão/Ano: 01/2022		Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Sandra Barros, Maria Soares, Adriana de Melo, Viviane Araújo.			
Objetivo:		Verificar os níveis de proteínas através da urina.	
Abrangência:		Todos os pacientes que tiverem indicação de verificação.	
Siglas:		EPI – Equipamento de proteção individual; QT – Quimioterapia.	
Competência:		Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
Material necessário:		Frasco coletor de urina ou copo descartável; tubo de fita para uroanálise; EPIs; urina.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Orientar o paciente ou acompanhante a respeito do exame;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
3. Pedir ao paciente ou acompanhante, em caso de crianças, para urinar no frasco de coleta ou em um copo descartável e entregá-lo;
4. Colocar os EPIs (luvas de procedimento e máscara PFF2, em caso de paciente em uso de QT), antes de pegar no copo com urina;
5. Introduzir a fita teste na urina, certificando-se que a fita esteja bem molhada;
6. Pegar o tubo e realizar a leitura após 1 minuto, comparando a fita com a sequência de cores contida no tubo (traços ou cruces);
7. Registrar na evolução de Enfermagem;
8. Comunicar o resultado ao médico ou ao enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- Heggendornn LH, Silva NA, Cunha GA. Urinálise: a importância da sedimentoscopia em exames físico-químicos normais. *REB*. 2014;7(4):431-43.
- Kirsztajn GM. Proteinúria: muito mais que uma simples dosagem. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 2010;46(3):111-222.
- Pasteur Medicina Diagnóstica. Coleta de urina de 24 horas: instruções de coleta [Internet]. [citado em 15 maio 2018]. Disponível em: <http://www.pasteur.com.br/pdf/coletadeurina24horas.pdf>
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

31-COLETA DE SANGUE POR ACESSO VENOSO CENTRAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 33
Título: COLETA DE SANGUE POR ACESSO VENOSO CENTRAL		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Luzinete Santos, Adriana de Andrade, Viviane Araújo.		
Objetivo:	Coletar o sangue através de um acesso venoso central.	
Abrangência:	Todos os setores do complexo hospitalar.	
Siglas:	AVC – Acesso Venoso Central; BIC – Bomba de Infusão Contínua; CTI – Cateter Totalmente Implantado; EPI – Equipamento de Proteção Individual; SF – Soro Fisiológico.	
Competência:	Enfermeiro.	
Material necessário:	EPIs (máscara, touca e luvas de procedimento); luvas de procedimento estéreis; gaze; bandeja previamente limpa com álcool 70%; álcool 70%; agulha 25 x 7; seringa de 5 ou 10 ml; seringa de 20 ml; agulha 25 x 7; tubo apropriado dependendo da solicitação médica; SF 0,9%.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Reunir o material necessário em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
3. Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
4. Posicionar o paciente em posição confortável;
5. Colocar EPIs;
6. Higienizar as mãos novamente, conforme técnica descrita no POP n° 01;
7. Calçar as luvas de procedimentos;
8. Parar infusão da BIC com mediação, quimioterapia, soro e fechar a pinça corta fluxo (clamp);
9. Retirar a gaze de proteção da conexão;
10. Higienizar mãos com álcool em gel;
11. Calçar as luvas estéreis;
12. Preencher duas seringas de 20 ml com solução fisiológica e separar as demais;
13. Passar gaze embebida com álcool 70% na conexão, friccionando no mínimo três vezes;
14. Proteger a conexão com uma gaze estéril e a ponta do equipo com uma agulha, se o paciente estiver em infusão de medicações, soros e/ou quimioterápicos;
15. Conectar uma seringa de 20 ml preenchida com SF 0,9% e abrir a pinça;
16. Lavar o AVC ou CTI com 20 ml e com a mesma seringa conectada aspirar 2,5 ml de sangue (que deverá ser desprezado);

17. Fechar a pinça, retirar a seringa com o sangue aspirado, conectar a seringa de 5, 10 ou 20 ml dependendo da quantidade de sangue necessário para coleta;
18. Abrir a pinça, aspirar a quantidade necessária e fechar a pinça novamente;
19. Conectar outra seringa de 20 ml para salinizar AVC ou CTI com a técnica de flush;
20. Conectar o equipo ao acesso ou colocar tampinha estéril;
21. Fazer proteção das conexões com gaze estéril;
22. Colocar o sangue colhido em tubo apropriado e previamente identificado;
23. Acomodar o paciente confortavelmente;
24. Descartar o material e local apropriado;
25. Retirar as luvas de procedimento;
26. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
27. Registrar em prontuário o fluxo e refluxo do acesso ou quaisquer intercorrências;
28. Encaminhar material para o laboratório.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

32-COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE TRANSCATETER

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N
COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE TRANSCATETER		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Fernanda de Oliveira, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Coletar hemocultura de sangue transcatereter.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	AVC – Acesso Venoso Central; CTI – Cateter Totalmente Implantado; EPI – Equipamento de Proteção Individual; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs (máscara, touca); bandeja previamente limpa com álcool 70%; gaze; álcool 70%; luva estéril; agulha 25 x 7; seringa de 10 ml; seringas de 20 ml; SF 0,9%; luvas de procedimento estéreis; frascos de hemoculturas (aeróbicos e anaeróbicos).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Conferir o pedido do exame solicitado para o paciente;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir o material necessário em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
4. Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
5. Identificar corretamente os frascos de hemocultura com os dados do paciente: nome, registro, número da amostra e sinalizar se é amostra de sangue periférico ou transcateter;
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal de modo confortável;
7. Colocar os EPIs;
8. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
9. Calçar as luvas de procedimentos;
10. Retirar a gaze de proteção da conexão agulha/equipo;
11. Higienizar mãos com álcool em gel;
12. Calçar as luvas estéreis;
13. Preencher duas seringas de 20 ml com solução fisiológica a 0,9% com o volume adequado para o flushing (lavagem) do CTI ou AVC e separar as outras seringas vazias;
14. Desconectar o cateter do equipo de infusão, quando ativado retirar a tampa de oclusão da agulha;
15. Realizar desinfecção da extremidade do cateter com álcool 70% fazendo fricção vigorosa com no mínimo 3 movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril;
16. Colocar a extremidade do cateter sobre um campo estéril (gaze ou compressa) e a extremidade do equipo protegido com uma agulha;

17. Conectar a seringa de 20 ml preenchida com soro fisiológico na agulha do CTI ou no circuito do AVC e fazer o flushing do acesso;
18. Com a mesma seringa aspirar 2,5 ml de sangue e desprezar;
19. Fechar o clamp (pinça corta fluxo), conectar a seringa de 10 a 20 ml. Abrir o clamp e aspirar a quantidade de sangue necessária para as amostras de hemocultura e demais exames, caso necessário;
20. Fechar o clamp e conectar uma seringa de 20 ml previamente preenchida com soro fisiológico;
21. Abrir o clamp e fazer o flushing no CTI ou AVC;
22. Conectar o equipo ou colocar a tampa da agulha, abrir o clamp e retornar a infusão de soluções, se for o caso de CTI ou AVC em uso;
23. Conectar a seringa preenchida com o sangue em uma agulha nova;
24. Fazer desinfecção do adaptador valvulado com gaze estéril e álcool 70% e introduzir o volume necessário para cada frasco de hemocultura;
25. Retirar as luvas estéreis;
26. Higienizar as mãos com álcool em gel;
27. Deixar o paciente confortável;
28. Desprezar materiais em locais apropriados;
29. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
30. Realizar as anotações necessárias, registrando o fluxo e o refluxo do CTI ou AVC, as alterações, assinar e carimbar no prontuário do paciente;
31. Enviar material coletado e protocolado para o laboratório imediatamente após a coleta.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Procedimentos laboratoriais: da requisição do exame à análise microbiológica: módulo III. [Brasília]: ANVISA; 2004.
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Manual da CCIH: orientações para o manejo e controle de microorganismos multirresistentes no ambiente hospitalar. Vol. 1. Recife: IMIP; 2015.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rezende E, Ferez MA, Silva JM Junior, et al. Utilização de sistema fechado para coleta de sangue e necessidade de transfusão em pacientes graves. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(1):5-10.

33-COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE PERIFÉRICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 33
Título: COLETA DE HEMOCULTURA DE SANGUE PERIFÉRICO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Fernanda de Oliveira, Adriana de Melo, Renata Nascimento, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Coletar hemocultura de sangue periférico.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de laboratório.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs (máscara, touca); bandeja previamente limpa com álcool 70%; garrotes de algodão ou gaze com álcool 70%; Clorexidina a 2%; seringa de 10 ml; agulha 25 x 7; frascos de hemocultura (frasco para aeróbio e anaeróbio).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS – PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Conferir o pedido do exame solicitado para o paciente;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir o material necessário em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
4. Comunicar e explicar o procedimento ao paciente e acompanhante e confirmar solicitação do exame com a pulseira;
5. Identificar corretamente os frascos de hemocultura com os dados do paciente: nome, registro, número da amostra, e sinalizar se é amostra de sangue periférico ou transcateter;
6. Posicionar o paciente em decúbito dorsal de modo confortável;
7. Colocar os EPIs;
8. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
9. Fazer torniquete e escolher locais das punções;
10. Calçar as luvas estéreis;
11. Realizar antisepsia do local com gaze ou algodão umedecido, inicialmente com álcool 70%, para a remoção de substâncias gordurosas, utilizando-se em seguida a Clorexidina alcoólica a 2%, sempre em movimentos circulares do centro para a periferia, por no mínimo três vezes, trocando por uma gaze limpa para cada vez;
12. Aguardar 2 minutos para que o antisséptico atue, não tocando o local da punção;
13. Proteger o local a ser puncionado com uma gaze estéril;
14. Puncionar e aspirar com uma seringa de 5 a 10 ml de sangue, conforme capacidade recomendada nos frascos de hemocultura, lembrando que a recomendação é coletar duas amostras, no máximo três, e para cada amostra deve-se realizar uma nova punção;
15. Retirar o torniquete do membro, retirar a agulha do paciente;

16. Retirar o lacre do frasco de hemocultura e realizar a desinfecção da borracha com álcool 70% ou Clorexidina 2%;
17. Colocar o sangue colhido em frasco apropriado para hemocultura, previamente identificado, deixando a pressão interna aspirar o sangue da seringa para dentro do frasco, a fim de evitar hemólise;
18. Proteger o local da punção com algodão ou gaze seca (fazendo pressão no local);
19. Recolher material e descartar em local apropriado;
20. Higienizar as mãos após o procedimento, conforme técnica descrita no POP nº 01;
21. Enviar material coletado e protocolado para o laboratório imediatamente após coleta.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Corrente sanguínea: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. [Brasília]: ANVISA; 2009.
- Hospital Universitário Clemente Fraga Filho (BR). Folders CCIH [Internet]. Rio de Janeiro: HUCFF; c2012 [citado em 11 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/23-folders-ccih>
- Hospital Universitário UFSC. Manual de coleta para exames microbiológicos [Internet]. [citado em 11 jun. 2018]; Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:naa49r5eac0j:www.hu.ufsc.br/documentos/manual_de_coleta_de_exames_microbiologicos.doc
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Manual da CCIH: orientações para o manejo e controle de microorganismos multirresistentes no ambiente hospitalar. Vol. 1. Recife: IMIP; 2015.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

34-DRENAGEM TORÁCICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 34
DRENAGEM TORÁCICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Carla Gomes, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Remover conteúdo líquido, gasoso, purulento ou sanguinolento do interior da cavidade pleural ou mediastino.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual;	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Gaze; luva; anestésico; agulha; Clorexidina degermante; fio de sutura; dreno; coletor; água destilada para selo d'água; kit de dissecação.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir material e levar à beira do leito;
- Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente para o procedimento;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Auxiliar o médico no posicionamento do tórax a ser drenado; elevar acima da cabeça e restringir o braço no lado a ser drenado;
- Utilizar EPIs, conforme padronização institucional;
- Colocar sobre campo estéril fio de sutura, lâmina de bisturi e cateter de drenagem;
- Segurar anestésico para que o médico possa aspirar o conteúdo sem contaminar;
- Despejar solução antisséptica em uma cuba estéril;
- Ajustar foco de luz;
- Atender o paciente e o médico durante procedimento e intervir em caso de intercorrências;
- Montar o selo d'água marcando o zero;
- Montar o sistema de aspiração, quando necessário;
- Preencher o frasco de drenagem com água destilada;
- Após introdução do dreno, auxiliar a conexão desse à extremidade distal do sistema sem contaminar;
- Avaliar o paciente em intervalos de tempos regulares, atentando-se na alteração na frequência respiratória e/ou cardíaca, na assimetria do movimento respiratório, nas queixas do paciente, desmaio, vertigem, opressão torácica, tosse incontrolável, muco espumoso e/ou sanguinolento e sinais de hipoxemia durante o procedimento;
- Após o término do procedimento, descartar o material perfurocortante em recipiente específico e os demais no lixo hospitalar;
- Fazer curativo no local da inserção;

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Registrar todo material utilizado, deixando o paciente e a unidade em ordem;
- Identificar curativo com data, hora, nome do realizador e registrar no prontuário;
- Ligar para o setor de imagem para realização de raio X de tórax (confirmar posicionamento do dreno);
- Mobilizar o paciente sempre que possível para facilitar drenagem;
- Monitorar a mudança da frequência respiratória, cianose, pressão torácica, enfisema subcutâneo ou sinais de hemorragia e comunicar imediatamente ao médico;
- Fazer a ordenha do dreno, impedindo que haja obstrução com coágulos ou fibrina;
- Atentar para posição correta do dreno em caso de transporte do paciente, mantendo sempre o frasco de drenagem abaixo do nível do tórax, impedindo o refluxo do líquido;
- Registrar débitos a cada hora e comunicar anormalidades.

REFERÊNCIAS

Fernandes AM, Daher MC, Hangui WY. Manual de normas e rotinas hospitalares. Goiânia: AB; 2006.

Lúcio VV, Araújo AP. Assistência de enfermagem na drenagem torácica: revisão de literatura. Journal of Health Sciences. 2011;13(Esp):307-14.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rodrigues F. Drenagem torácica. Manaus; 2013 [citado em 1 maio 2018]. Disponível em: http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgl_0AH/drenagem-toracica.

35-TROCA DE SELO D'ÁGUA DO SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 35
TROCA DE SELO D'ÁGUA DO SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Carla Gomes, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Controlar a substância secretada quanto ao volume, aspecto e prevenir infecções.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; óculos e máscara de proteção; água destilada; bandeja; caneta e etiqueta de identificação; frasco graduado.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir o material em uma bandeja previamente limpa com álcool 70% e levá-lo junto ao leito do paciente;
- Checar o nome, leito, prescrição e pulseira de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Dispor o material sobre mesa auxiliar ou carrinho de curativo;
- Colocar EPIs (óculos de proteção e máscara cirúrgica descartável);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Calçar as luvas de procedimento não estéril;
- Posicionar o frasco graduado sobre a mesa auxiliar/carrinho de curativo;
- Abrir o frasco de água destilada e inserir o dispositivo de transferência de volume (Transofix ou agulha de grande calibre);
- Após observar a oscilação do dreno de tórax na extensão, fechar o clamp (pinça) da extensão;
- Soltar o frasco de drenagem da fixação da cama, abrir a tampa e segurá-la firmemente com cuidado para não contaminar sua parte interna;
- Desprezar o conteúdo do dreno no cálice graduado e observar a quantidade e aspecto do volume drenado;
- Colocar parte da água destilada no frasco, agitar levemente para remover micropartículas ou sujidades e desprezar a água com resíduos no cálice graduado;
- Colocar água destilada no frasco coletor até assegurar a imersão de 2 cm da extremidade do dreno (aproximadamente 500 ml) e fechar a tampa com cuidado;

- Identificar o volume do selo d'água com a fita adesiva na posição vertical, ao lado da graduação contida no frasco de drenagem;
- Retirar as luvas de procedimento e fazer a etiqueta de identificação do frasco (com data, hora, solução utilizada, volume contido e nome do profissional que executou o procedimento) e na régua de controle do volume do selo d'água, marcando com um risco o nível de água;
- Fixar o frasco no leito, evitando a formação de alças ou acotovelamentos da extensão, protegendo o frasco de quedas;
- Abrir o clamp (pinça) da extensão do dreno de tórax;
- Organizar a unidade e os materiais utilizados;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Realizar a anotação de Enfermagem do procedimento executado, registrando o volume e aspecto do conteúdo.

ATENÇÃO

- Avaliar a oscilação do líquido na extensão e o selo d'água do frasco coletor;
- Avaliar o débito e aspecto da secreção drenada e o padrão respiratório do paciente;
- Ter cuidado para evitar o tracionamento e remoção acidental do dreno.

REFERÊNCIAS

- Carmagnani MI, Fakh FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- Cipriano FG, Dessote LU. Drenagem pleural. Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):70-8.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (BR). Boas práticas – Dreno de tórax [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2011 [citado em 6 jun. 2018]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

36-ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 36
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Flávia Tolêdo, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Oferecer tratamento com oxigênio aos paciente com deficiência de atenuar o O ₂ ou em hipóxia.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas</u>	O ₂ – Oxigênio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta.	
<u>Material necessário:</u>	Fluxômetro de O ₂ ; umidificador; látex; cateter de O ₂ tipo óculos; cateter de O ₂ tipo nasal; Mascara reinalante, fonte de O ₂ .	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Verificar a prescrição médica, observando oxigenoterapia prescrita, o volume de litros por minuto a ser instalado e a concentração de O₂;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir o material necessário em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
- Verificar o funcionamento do conjunto: fluxômetro de O₂ e umidificador;
- Conectar ao látex;
- Conferir a identificação do paciente;
- Confirmar com o paciente e/ou responsável as informações contidas na pulseira de identificação do paciente;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instalar oxigenioterapia corretamente, para que o fluxo chegue normalmente ao paciente, facilitando ao máximo a oferta do recurso e absorção de O₂ pelo paciente;
- Observar o paciente durante o período da oferta de O₂ e atentar-se quanto ao possível ressecamento da mucosa nasal;
- Monitorar a frequência respiratória e a saturação do paciente;
- Registrar no prontuário: data e hora do início da instalação de O₂, assim como quantidade de litros por minuto, as condições do paciente e os meios usados para sua aplicação.

REFERÊNCIAS

- Bowden VR, Greenberg CS. Procedimentos de enfermagem pediátrica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Kock KS, Rocha PA, Silvestre JC, et al. Adequações dos dispositivos de oxigenoterapia em enfermaria hospitalar avaliadas por oximetria de pulso e gasometria arterial. Assobrafir Ciência. 2014;5(1):53-64.

Nettina SM. Prática de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

37-TÉCNICA DE TERMOTERAPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 37
Título: TÉCNICA DE TERMOTERAPIA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Carla Gomes, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Alterar a temperatura do tecido em uma região-alvo ao longo do tempo, com a finalidade de induzir uma resposta biológica desejada.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Bolsa de borracha; toalha ou lençol; água quente.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;

- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Conferir a prescrição, nome, leito e pulseira de identificação do paciente;
2. Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
4. Encher a bolsa de borracha com água quente, expelir o excesso de ar e de água e verificar se há vazamentos;
5. Colocar a bolsa em volta da toalha ou do lençol;
6. Aplicar a bolsa na região indicada;
7. Atentar para o tempo indicado para a realização do procedimento;
8. Checar na prescrição a realização do procedimento;
9. Evoluir em prontuário o procedimento realizado, carimbar e assinar.

INDICAÇÕES

- Quadros inflamatórios subagudos e crônicos;
- Redução da dor crônica ou subaguda;
- Espasmo muscular crônico ou subagudo;
- Resolução de hematomas;
- Contraturas articulares.

CONTRAINDICAÇÕES

- Traumatismos agudos;
- Circulação insuficiente;
- Regulação térmica insuficiente;
- Áreas anestésicas;
- Neoplasias.

REFERÊNCIAS

Fisioterapia.com. Termoterapia [Internet]. c2019 [citado em 1 maio 2018]. Disponível em:
<http://fisioterapia.com/termoterapia/>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Portal São Francisco. Termoterapia [Internet]. c2019 [citado em 1 maio 2018]. Disponível em:
<https://www.portalsaofrancisco.com.br/bem-estar/termoterapia>

38-TÉCNICA DE CRIOTERAPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 38
Título: TÉCNICA DE CRIOTERAPIA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Carla Gomes, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Aplicar frio para remover o calor do corpo, resultando na diminuição da temperatura tecidual.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Bolsa de borracha; toalha ou lençol; cubos de gelo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Conferir prescrição, nome, leito e pulseira de identificação do paciente;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Encher metade da bolsa de borracha com cubos de gelo, verificar se há sinais de vazamentos e retirar o ar;
- Colocar a bolsa em volta da toalha ou do lençol;
- Aplicar a bolsa na região indicada;
- Atentar para o tempo indicado para a realização do procedimento;
- Checar na prescrição a realização do procedimento;
- Evoluir em prontuário o procedimento realizado, carimbar e assinar.

ATENÇÃO

- A aplicação deve ser feita entre 20 e 30 minutos, com intervalo de 2h;
- Deve ser realizada nas primeiras 24h a 48h, após a lesão.

INDICAÇÕES

- Redução da dor;
- Analgesia;
- Contenção do processo inflamatório e do edema;
- Restrição da área do trauma;
- Redução do espasmo muscular;
- Diminuição do metabolismo celular;
- Lesões musculares;

- Entorses articulares;
- Traumas agudos;
- Luxações.

CONTRAINDICAÇÕES

- Hipersensibilidade ao frio;
- Distúrbios vaso espásticos;
- Fenômeno de Reynaud;
- Distrofia Simpático-Reflexa;
- Gota.

REFERÊNCIAS

Fisioterapia.com. Crioterapia: o que é e para que serve? [Internet]. 2022. Disponível em:
<http://fisioterapia.com/crioterapia-o-que-e-e-para-que-serve/>

Knicht KL. Crioterapia no tratamento das lesões desportivas. São Paulo: Manole; 2000.

Oliveira AR, Costa AR Junior. Eficiência da crioterapia e termoterapia no tratamento da cromomicose: um revisão de literatura. *Dermatologia Impera*. 2019;48(4):397-400.

Oliveira JV, Vigatto SH, Zaguette LM. Crioterapia [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Anhanguera; 2004 [citado 2021 Dez 1]; Disponível em:
<http://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/478/1/artigo%206.pdf>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

39-TESTE DE GLICOSE CAPILAR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 39
Título: TESTE DE GLICOSE CAPILAR		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Barros, Adriana de Melo., Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Verificar os níveis de glicose no sangue, para detectar possíveis hipo e hiperglicemia.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	HGT – Hemo glucoteste; RN – Recém-nascido	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; glicosímetro; fita reagente; lanceta ou agulha de insulina; algodão; álcool 70%.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Reunir material;
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhante a realização do procedimento, explicando que pode haver um incômodo ao introduzir a agulha ou a lanceta;
- Certificar-se de que o paciente está usando a pulseira de identificação;
- Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a limpeza do local escolhido com algodão embebido com álcool 70% e esperar secar para introduzir a lanceta. Em RNs, o local de escolha é a planta do pé. Em paciente em geral, geralmente o quirodáctilo médio ou indicador. Em gestantes ou puérperas, realizar a lavagem do local com água e sabão;
- Ligar o glicosímetro, colocar a fita, atentando-se para a validade dessa, e verificar se o aparelho está funcionando perfeitamente;
- Pegar a lanceta e introduzi-la no quirodáctilo ou na face interna do calcanhar, no caso de RN;
- Pressionar o local que foi perfurado;
- Colocar uma gota de sangue suficiente para preencher o campo reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão até a hemostasia;
- Informar resultado ao paciente e/ou responsável;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa de perfurocortante;
- Limpar o glicosímetro com algodão embebido com solução de Incidin e guardá-lo;
- Retirar as luvas e desprezar em local apropriado;

- Registrar o resultado obtido no prontuário do paciente em impresso preconizado pela instituição. Se alterado, comunicar ao enfermeiro ou ao médico para corrigir.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Oliveira JE, Milech A. Diabetes Mellitus: clínica diagnóstica, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004.

Oliveira JE, Montenegro RM Junior, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Silva LD, Pereira SR. Procedimentos de enfermagem: semiótica para cuidado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

40-REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 40
Título: TÉCNICA DE REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>ável pela revisão:</u> Viviane Oliveira, Mayla Silva, Maijose Salvador, Maria Gerab, VanessaSiqueira, Yasmim de Assis, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Registrar a atividade elétrica cardíaca.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Eletrocardiógrafo; álcool; gel; etiqueta de identificação do paciente; aparelho para tricotomia, se necessário.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Verificar no pedido de ECG, o tipo de exame requisitado, se 12 derivações ou uma derivação específica;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
5. Conferir o nome do paciente com a solicitação e pulseira, se paciente internado;
6. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
7. Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos;
8. Posicionar o paciente no leito ou na mesa de exame;
9. Certificar-se de que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica do leito;
10. Conectar o aparelho à rede elétrica, conforme a voltagem indicada pelo fabricante ou conectar ao computador com programa específico;
11. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
12. Expor o tórax e realizar a antissepsia da pele com a gaze umedecida com o álcool 70%, na região precordial;
13. Realizar a antissepsia da pele nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) com gaze umedecida com álcool 70%;
14. Colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial:
 - a. V1: 4º espaço intercostal à direita do externo;
 - b. V2: 4º espaço intercostal à esquerda do externo;
 - c. V3: 5º entre V2 e V4;
 - d. V4: 5º espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;
 - e. V5: 5º espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;

- f. V6: 5º espaço intercostal e linha axilar média à esquerda.
15. Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nas áreas preparadas:
 - a. RA: braço direito (right arm);
 - b. LA: braço esquerdo (left arm);
 - c. RL: perna direita (right leg);
 - d. LL: perna esquerda (left leg).
 16. Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou pernas e braçadeiras, conforme indicação presente nos mesmos;
 17. Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
 18. Identificar o ECG com data, hora, nome completo, registro, idade, sexo, número do leito e carimbo do profissional;
 19. Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;
 20. Deixar o paciente confortável e encaminhá-lo à consulta ambulatorial, se for o caso;
 21. Deixar o setor em ordem;
 22. Desprezar o material utilizado em local apropriado;
 23. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01.

REFERÊNCIAS

- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
- Schwarz L. Artigo de revisão: eletrocardiograma. Revista Ilha Digital. 2009;1:3-19.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Springhouse. As melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

41-MUDANÇA DE DECÚBITOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 41
Título: MUDANÇA DE DECÚBITOS		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Lorena da Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Sistematizar a mudança de decúbito, no âmbito hospitalar; Instituir como modelo sinalizador o relógio de mudança de decúbito; Manter a integridade da pele; Proporcionar conforto ao paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	MID – Membro Inferior Direito; MIE – Membro Inferior Esquerdo; UPP – Úlcera por Pressão.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; lençol; travessa; coxim; caneta.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS**Lateral Direito**

1. Verificar a prescrição de Enfermagem;
2. Identificar-se ao paciente e acompanhante;
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
4. Conferir o nome do paciente na pulseira e placa de identificação e na prescrição;
5. Orientar o paciente e o acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
6. Incluir o acompanhante na implementação dos cuidados, educando-o para manutenção dos cuidados domiciliares;
7. Baixar a cabeceira da cama;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Posicionar-se ao lado esquerdo do paciente;
10. Utilizar a travessa para mobilizar o paciente para o lado esquerdo;
11. Fazer a flexão do MIE do paciente;
12. Levantar a grade de proteção lateral esquerda;
13. Posicionar-se ao lado direito do paciente;
14. Colocar a mão esquerda no ombro do paciente;
15. Colocar a mão direita no joelho fletido do paciente;
16. Puxar o paciente delicadamente para o lado direito;
17. Colocar o coxim protegido por um lençol nas costas do paciente, evitando que o mesmo retorne a posição anterior;
18. Proteger a articulação dos joelhos, colocando coxim entre eles;

19. Levantar a grade de proteção lateral direita;
20. Deixar o paciente confortável;
21. Deixar o ambiente organizado, roupas de cama esticada e sem pregas;
22. Retirar as luvas de procedimento;
23. Descartar material em local apropriado;
24. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
25. Registrar observações em prontuário, carimbar e assinar.

Lateral Esquerdo

1. Verificar a prescrição de Enfermagem;
2. Identificar-se ao paciente e ao acompanhante;
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
4. Conferir o nome do paciente na pulseira e placa de identificação e na prescrição;
5. Orientar o paciente e o acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
6. Incluir o acompanhante na implementação dos cuidados, educando-o para manutenção dos cuidados domiciliares;
7. Baixar a cabeceira da cama;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Utilizar a travessa para mobilizar o paciente para o lado direito;
10. Fazer a flexão do MID do paciente;
11. Levantar a grade de proteção lateral direita;
12. Posicionar-se ao lado esquerdo do paciente;
13. Colocar a mão direita no ombro do paciente;
14. Colocar a mão esquerda no joelho fletido do paciente;
15. Puxar o paciente delicadamente para o lado esquerdo;
16. Colocar o coxim protegido por um lençol nas costas do paciente, evitando que o mesmo retorne a posição anterior;
17. Proteger a articulação dos joelhos, colocando coxim entre eles;
18. Levantar a grade de proteção lateral esquerda;
19. Deixar o paciente confortável;
20. Deixar o ambiente organizado, roupas de cama esticada e sem pregas;
21. Retirar as luvas de procedimento;
22. Descartar o material utilizado em local apropriado;
23. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
24. Registrar observações em prontuário, carimbar e assinar.

Dorsal

1. Verificar a prescrição de Enfermagem;
2. Identificar-se ao paciente e acompanhante;
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
4. Conferir o nome do paciente na pulseira e placa de identificação e na prescrição;
5. Orientar o paciente e o acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado;
6. Incluir o acompanhante na implementação dos cuidados, educando-o para manutenção dos cuidados domiciliares;
7. Baixar a cabeceira da cama;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Posicionar-se ao lado do paciente;
10. Utilizar a travessa para mobilizar o paciente para o centro da cama;
11. Fazer flexão dos MMII do paciente na altura dos joelhos;
12. Colocar coxim abaixo dos joelhos, mantendo os membros fletidos;
13. Suspender as grades laterais da cama;
14. Elevar a cama mantendo em 30° a cabeceira;
15. Deixar o paciente confortável;
16. Deixar o ambiente organizado, roupas de cama esticada e sem pregas;
17. Retirar as luvas de procedimento;
18. Descartar o material em lixo apropriado;
19. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
20. Registrar observações em prontuário, carimbar e assinar.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. [Brasília]: ANVISA; 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo para prevenção de úlcera por pressão. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2005.

42-BALANÇO HÍDRICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 42
Título: BALANÇO HÍDRICO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Lucidalva Salgado, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar rígido controle sobre infusões e eliminações, para avaliação da evolução clínicado paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	BH – Balanço Hídrico; DU – Débito Urinário.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Impresso próprio; caneta; calculadora.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Controlar os ganhos e perdas do paciente nas 12 às 24h, de acordo com prescrição médica e/ou de Enfermagem;
2. Registrar em impressos próprios ganhos e entradas nas 12 às 24h de líquidos ingeridos e eliminados;
3. Quantificar em mililitro as infusões venosas, diurese, vômitos, diarreia, líquidos de drenagem;
4. Balanço hídrico deverá ser fechado a cada 12h pelo enfermeiro do plantão;
5. Orientar a equipe sobre a importância do registro exato dos ganhos e perdas do paciente;
6. Calcular DU (ml/kg/h), de acordo com a quantidade de horas do registro (por exemplo, se admissão ocorreu às 15h, calcular o DU com quantidade de horas restantes para o término do plantão, no caso das 15 às 19h, 4h restantes).

REFERÊNCIAS

- Marques S Netto, Victoria ZT, Guerreiro LF, et al. Análise dos registros referentes ao balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line*. 2015;9(1):448-56.
- Oliveira SK, Guedes MV, Lima FE. Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana. *Rev Rene*. 2010;11(2):112-20.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Silva VT, Yu L. Abordagem clínica da oligúria. *J Bras Nefrol*. 2009;31(3):173-4.

43-PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 43
PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Adriana de Melo, Renata Nascimento, Deiziane Barros , Edilene Paiva		
<u>Objetivo:</u>	Higienizar com assepsia o corpo após o óbito; Retirar todos os dispositivos; Identificar e realizar o empacotamento corretamente, antes do recolhimento pelo necrotério.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	FPMF – Fundação Professor Martiniano Fernandes; SN – Sonda Nasogastrica; SNE – Sonda Nasoenteral; SPA – Serviço de Pronto-Atendimento; SVD – Sonda Vesical de Demora; SVO – Serviço de Verificação de Óbito; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; algodão; gaze; esparadrapo; água; sabão; fraldas descartáveis; lençóis; caneta.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Certificar-se de que os familiares presentes tiveram a oportunidade de ver o corpo;
- Retirar todos os dispositivos como: cateteres periféricos ou centrais, SVD, SNG ou SNE, drenos, tubo orotraqueal, entre outros dispositivos;
- Retirar próteses, se existir;
- Fazer a higienização completa do corpo;
- Tamponar todos os orifícios do corpo com algodão;
- Identificar o corpo com: nome, registro, idade, sexo, data e hora do óbito;
- Fixar a identificação na frente do corpo;
- Solicitar o TNT ao responsável pelo necrotério;
- Realizar o pacote do corpo com TNT, no tamanho adequado ao corpo;
- Fixar a identificação por cima do lençol na frente do corpo;
- Aguardar os familiares;
- Realizar o transporte do corpo ao necrotério (maqueiro responsável);
- Realizar o protocolo da D.O.;
- Entregar o formulário de encaminhamento ao SVO ou o Declaração de Óbito (48h de permanência hospitalar com diagnóstico estabelecido), ao funcionário da casa funerária juntamente com familiares, devidamente protocolado no livro de óbito do hospital. **Observação:** atentar ao

preenchimento dos formulários de declaração de óbito, encaminhamentos ao SVO em impressos próprio e registrar o óbito em livro padrão da instituição.

REFERÊNCIAS

- Carmagnani MI, Fakh FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Prefeitura Municipal de Campinas (BR). Manual de normas e rotinas de procedimentos para a enfermagem: assistência de Enfermagem. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas (BR); 2008.
- Potter PA, Perri AG. Fundamentos da enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2007.

44- ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ- OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 44
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Flávia Tolêdo, Adriana de Melo, Edilene Paiva.		
<u>Objetivo:</u>	Preparar psico-sócio-espiritual e emocionalmente o paciente e familiares para compreender e enfrentar o trauma da cirurgia do transplante cardíaco ao qual será submetido e esclarecimentos de dúvidas que possam aparecer; Assegurar a viabilidade da cirurgia do transplante cardíaco; Realizar a limpeza e desinfecção com o mínimo de desgaste do paciente para o controle de possíveis fontes de infecção; Transportar o paciente para a cirurgia nas suas melhores condições possíveis que assegurem menores possibilidades de complicações ao procedimento que será submetido.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria de cardiologia, UTI de Cardiologia, Bloco Transplante.	
<u>Siglas:</u>	ATB – Antibiótico; BIC – Bomba de Infusão Contínua; IRA – Insuficiência Renal Aguda; PA – Pressão Arterial; PCR – Proteína C Reativa; TX – Transplante Cardíaco; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, assistente administrativo, psicólogo, assistente social, nutricionista.	
<u>Material necessário:</u>	Balança digital calibrada; tricotomizador elétrico; prontuário do paciente com a ficha de solicitação de internamento cirúrgico anexada; medicamento hospitalar; suporte de soro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;

- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS – PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Admitir o paciente, realizar exame físico, verificar alergias, medicações em uso e sinais e sintomas de suspeita de quadro infeccioso, buscando identificar complicações ou risco de instalação das mesmas;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação e conferir os dados contidos na mesma com ele e/ou responsável;
- Informar as normas e rotinas institucionais;
- Orientar normas para o controle de infecção hospitalar;
- Manter culturas de vigilâncias em vigor segundo o protocolo interno da instituição, assim como o isolamento do mesmo, caso necessário;
- Limitar o número de visitantes e orientá-los a lavar as mãos ao entrar na enfermaria para prevenir infecção;

- Acionar a equipe do Serviços Social e da Psicologia para coleta dos dados e avaliação social e familiar, envolvendo o paciente e família no processo de educação e orientações para o autocuidado;
- Orientar quanto à doação de sangue;
- Verificar, via prescrição médica, se o mesmo está em uso de Dobuta ou Milrinone, qual a vazão e concentração da droga e manter em BIC;
- Promover um ambiente tranquilo e repousante;
- Ter diariamente o controle rigoroso do peso em jejum, assim como os controles hídricos e urinários;
- Assegurar e confirmar a necessidade de hemodiálise para os pacientes com Insuficiência Renal (IRA) já instalada, sem tratamento conservador;
- Checar se há antibióticos prescritos para infusão no pré-operatório, ou se já há em uso para tratamento de infecções concomitantes;
- Checar solicitação de reserva de sangue e confirmá-la na Agência Transfusional;
- Providenciar o material e a coleta de exames de rotina padronizados na instituição e procedimentos preparatórios; colher a amostra de sangue para classificação sanguínea e os específicos solicitados pelo médico (sorologia, painel imunológico, PCR + soroteca);
- Orientar o paciente quanto ao jejum, caso seja confirmado o transplante cardíaco;
- Administrar os medicamentos prescritos e observar a necessidade de suspender hipoglicemiantes e anticoagulantes no pré-operatório;
- Verificar SSVV e registrar no prontuário;
- Observar sinais e sintomas como tosse, coriza, febre, variação da PA, calafrios e tremores ou presença de abscessos ou dor de dente;
- Remover esmaltes das unhas (pés e mãos);
- Orientar remoção de maquiagem, próteses dentárias e jóias;
- Oferecer roupa cirúrgica;
- Informar ao paciente para não vestir roupa íntima por baixo da roupa cirúrgica;
- Orientar o banho com solução Clorexidina Degermante 2% para a assepsia da pele e avisar para não molhar a cabeça;
- Realizar tricotomia da região a ser operada, caso seja indicada, com o aparelho específico (tricotomizador elétrico), antes do banho com Clorexidina;
- Guardar objetos do paciente, para a liberação do leito, caso o mesmo esteja sem acompanhante;
- Verificar se o jejum continua sendo mantido até a captação e o transporte do órgão ao hospital pela equipe do TX;
- Administrar medicação pré-operatória, caso sejam prescritas;
- Acompanhar o paciente até o centro cirúrgico, juntamente com os exames realizados ou trazidos de casa sob protocolo;
- Comunicar ao médico assistente qualquer cuidado não efetuado.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):335-6.
- Calicchio LG, et al. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de materiais e esterelização. 4. ed. São Paulo: SOBECC; 2007.
- Couto WJ, Branco JN, Almeida D, et al. Transplante cardíaco e infecção. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2001;16(2):141-51.
- Garcia VD, Abbud M Filho, Neumann J, et al. Transplante de órgãos e tecidos. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2006.
- Hoffman FM. Outcomes and complications after heart transplantation: a review. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(55):531-42.
- Lindenfeld J, Miller GG, Shakar, et al. Drug therapy in the heart transplantation recipient: part I: cardiac Rejection and Imunosupreive drugs. *Circulation*. 2004;110(24):3734-40.
- Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.
- Page RL, Miller GG, Lindenfel JA. Drug therapy in the heart transplant recipient: part IV: drug-drug interactions. *Circulation*. 2005;111(2):230-9.
- Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Studdarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Wade CR, Reith KK, Sikora JH, et al. Postoperative Nursing care of the cardiac transplant recipient. *Crit Care Nurs Q*. 2004;27(1):17-28.

45- ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 45
ASSISTENCIA AO PACIENTE NO PÓS OPERATÓRIO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Scarlet dos Santos, Adriana de Melo, Edilene Paiva.		
<u>Objetivo:</u>	Adequar a unidade para recebimento do recém-operado, propocionando a normalização de suas funções, com conforto e segurança de forma mais rápida e segura.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores cirúrgicos do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	FO – Ferida operatória; MI – Membro Inferior; RA – Recuperação anestésica; SSVV – Sinais Vitais; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Incubadora; berço; maca, prontuário do paciente; travesseiros; lençol; tensiômetro; termômetro; relógio, fonte de oxigênio, fonte de ar comprimido.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Higienizar as mãos, conforme técnicas descrita no POP nº 01

- Arrumar a cama, segundo a técnica;
- Aproximar o suporte de soro da cama;
- Verificar o bom funcionamento das fontes de oxigênio e ar comprimido;
- Receber o paciente advindo do centro cirúrgico ou UTI;
- Certificar-se do uso e dos dados da pulseira de identificação com o paciente e/ou responsável;
- Transferir do berço/maca para a incubadora/berço/cama com o auxílio do maqueiro e/ou dos técnicos de Enfermagem e levantar grades dos mesmos;
- Verificar o procedimento proposto com o realizado em bloco cirurgico;
- Explicar os cuidados e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
- Posicionar, de acordo com o decúbito prescrito ou modificar, conforme necessidade e ou especificidade;
- Orientar o paciente e/ou responsável quanto ao tempo de repouso;
- Cobrir e aquecer, de acordo com a necessidade;
- Verificar permeabilidade de acessos, drenos e sondas;
- Observar gotejamento do soro;
- Observar estado geral e nível de consciência;

- Observar sintomas como: palidez, sudorese, pele fria, lábios e unhas arroxeados, sangramentos, dificuldade respiratória etc.;
- Receber e verificar o nome do prontuário com o do paciente e as anotações do centro cirúrgico;
- Verificar e registrar em prontuário o aspecto do curativo da FO;
- Controlar periodicamente pulso, temperatura, respiração e pressão arterial;
- Fazer anotações no prontuário;
- Ler a prescrição médica e providenciar para que ela seja realizada;
- Mediar o paciente para dor, conforme prescrição médica;
- Fazer registro na escala de dor;
- Comunicar imediatamente ao médico assistente ou ao médico plantonista qualquer sinal ou sintoma alarmante;
- Controlar periodicamente o gotejamento do soro e o funcionamento de sondas e drenos;
- Verificar e estimular a aceitação da dieta;
- Estimular a deambulação, de acordo com o procedimento, verificar e registrar alterações hemodinâmicas durante a atividade;
- Observar sinais de retenção e estimular a micção com técnicas menos invasivas (privacidade, massagem, deambulação, estímulo áudio visual);
- Realizar o cateterismo de alívio após o uso de técnicas menos invasivas sem sucesso;
- Realizar o curativo da FO, de acordo com a prescrição médica ou conforme necessidade.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo para prevenção para úlcera por pressão. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo para cirurgia segura. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

46- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR (VARIZES)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 46
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS VASCULARES (VARIZES)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Poliana Tenório, Mayana Ramos, Adriana de Melo, Edilene Paiva		
<u>Objetivo:</u>	Viabilizar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir negativamente no pós-operatório.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria de cirurgia vascular.	
<u>Siglas:</u>	BC – Bloco Cirúrgico; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Admitir o paciente procedente do BC;
- Posicionar o paciente em Trendelenburg;
- Orientar quanto ao tempo de repouso no leito, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada;
- Utilizar luvas de procedimento e inspecionar sangramentos e perfusão em membros cirurgiados;
- Manter no pós-operatório imediato compressão do membro (com ataduras ou meias compressivas) realizadas no bloco cirúrgico;
- Observar sinais de retenção urinária para possível cateterismo vesical de alívio;
- Garantir alimentação adequada após término de efeito anestésico, conforme prescrito;
- Auxiliar na deambulação após liberação médica;
- Desencorajar posturas como ficar em pé parado e ficar sentado por períodos prolongados;
- Verificar e registrar SSVV;
- Assegurar a administração de medicamentos prescritos;
- Ficar atento às intercorrências gerais;
- Comunicar anormalidades e intercorrências e registrá-las.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):335-6.

Calicchio LG, et al. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de materiais e esterelização. 4. ed. São Paulo: SOBECC; 2007.

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.

Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(1):50-4.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Studdarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

47- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR (AMPUTAÇÃO, REVASCULARIZAÇÃO, FASCIOTOMIA, DESBRIDAMENTO)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 47
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS VASCULARES (AMPUTAÇÃO, REVASCULARIZAÇÃO, FASCIOTOMIA E DESBRIDAMENTO)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Poliana Tenório, Mayana Ramos, Adriana de Melo, Edilene Paiva		
<u>Objetivo:</u>	Viabilizar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir negativamente no pós-operatório.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria de cirurgia vascular.	
<u>Siglas:</u>	BC – Bloco Cirúrgico; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Estetoscópio; termômetro; tensiômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explicar a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº01
2. Admitir o paciente procedente do BC;
3. Posicionar o paciente em Trendelenburg;
4. Orientar quanto ao tempo de repouso absoluto no leito (período pós-anestésico), seguido de repouso relativo;
5. Observar sangramentos e perfusão em membros cirurgiados;
6. Orientar quanto à elevação do membro, a fim de promover um adequado retorno venoso;
7. Observar sinais de retenção urinária para possível cateterismo vesical de alívio;
8. Garantir alimentação adequada após término de efeito anestésico, conforme prescrito;
9. Verificar e registrar SSVV;
10. Assegurar a administração de medicamentos prescritos;
11. Realizar curativo 24h após a cirurgia ou conforme orientação do cirurgião vascular;
12. Ficar atento às intercorrências gerais e comunicar anormalidades.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):335-6.

Calicchio LG, et al. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de materiais e esterelização. 4. ed. São Paulo: SOBECC; 2007.

Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Olinda: Fundação de Ensino Superior de Olinda; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Pradines SM, et al. Protocolo para tratamento de feridas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(1):50-4.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Studdarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

48- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 48
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Poliana Tenório, Mayana Ramos, Adriana de Melo, Edilene Paiva		
<u>Objetivo:</u>	Viabilizar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir negativamente no pós-operatório.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria de cirurgia ortopédica.	
<u>Siglas:</u>	BC – Bloco Cirúrgico; RX – Raio X; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Estetoscópio; termômetro; tensiômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº01
2. Admitir o paciente procedente do BC;
3. Orientar o paciente quanto ao tempo de repouso absoluto no leito, seguido de repouso relativo;
4. Observar estado geral e nível de consciência do paciente;
5. Avaliar perfusão e débito de dreno;
6. Registrar volume e aspecto do conteúdo drenado;
7. Posicionar o membro, de acordo com o tipo de cirurgia. Cirurgia de quadril, manter em abdução, tornozelo em decúbito elevado, entre outros;
8. Realizar cateterismo de alívio após o uso de técnicas menos invasivas;
9. Garantir alimentação adequada após o término do efeito anestésico, conforme prescrito;
10. Verificar e registrar SSVV;
11. Assegurar a administração de medicamentos prescritos;
12. Realizar curativo diário;
13. Estimular deambulação, de acordo com procedimento, registrar e comunicar se houver intercorrências;
14. Retirar dreno, conforme solicitado em prescrição
15. Garantir realização de RX pós-operatório de controle;
16. Encaminhar para imobilização quando prescrito;
17. Ficar atento às intercorrências gerais.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):335-6.

Calicchio LG, et al. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de materiais e esterelização. 4. ed. São Paulo: SOBECC; 2007.

Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Studdarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

49-PREPARO DA UNIDADE PARA RECEBER O PACIENTE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº: 49
ATENÇÃO AO PACIENTE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DO TRANSPLANTE CARDÍACO ADULTO	
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Giuliana Zanata, Adriana de Melo, Edilene Paiva.	
<u>Objetivos:</u>	Objetivar uma assistência adequada para manutenção da função respiratória, estabilização hemodinâmica, acompanhamento da terapia imunossupressora e monitorização dos sinais e sintomas de complicações; Ajudar o recém-transplantado a normalizar suas ações com conforto, de forma tranquila e segura; Assegurar sua recuperação física, sua adesão e continuidade ao tratamento com imunossuppressores, assim como o manejo e controle da dor; Viabilizar a interação multidisciplinar em relação aos cuidados necessários para com o paciente transplantado cardíaco.
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria de Cardiologia, UTI de Cardiologia.
<u>Siglas:</u>	BIC – Bomba de Infusão Contínua; ECG – Eletrocardiograma; ECO – Ecocardiograma; EPI – Equipamento de Proteção Individual; FO – Ferida Operatória; MCP – Marcapasso; RH – Restrição Hídrica; RX – Radiografia; SSVV – Sinais Vitais; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista.
<u>Material necessário:</u>	Balança digital calibrada; prontuário do paciente completo; cama/maca; travesseiro; cadeira de rodas; aparelho de eletrocardiograma; materiais hospitalares para uso e controle dos SSVV.

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;

- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnicas descrita ao POP nº01;
2. Promover limpeza e desinfecção de todo o ambiente;
3. Arrumar a cama, segundo a técnica, e conferir se a mesma possui grade;
4. Aproximar o suporte do soro da cama;
5. Verificar o bom funcionamento das fontes de oxigênio e ar comprimidos, assim como dos demais materiais que serão usados pelo paciente;
6. Receber o paciente advindo da UTI Coronária, após contato prévio com o enfermeiro para saber sobre o estado geral e informações mesmo e saber se já fizeram o contato com a família;

7. Explicar as rotinas do setor e suas finalidades para com os cuidados ao mesmo, se ele estiver consciente e/ou acompanhante;
8. Verificar a rotina proposta com a realizada;
9. Certificar-se do uso e dos dados da pulseira de identificação com o paciente e/ou responsável;
10. Transferir o paciente da maca para cama, com o auxílio do maqueiro e/ou técnico de enfermagem e levantar grades dos mesmos;
11. Posicionar, de acordo com o decúbito prescrito, ou modificar, conforme necessidade e/ou especificidade;
12. Utilizar EPIs, conforme necessidade;
13. Verificar permeabilidade de acessos, drenos e sondas; evitando trações e umidades;
14. Observar gotejamento de drogas, antibióticos, se o paciente estiver em uso;
15. Observar estado geral e nível de consciência;
16. Observar sintomas como: palidez, sudorese, pele fria, cianose ungueal e oral, sangramentos, dificuldade respiratória;
17. Receber e verificar o nome do prontuário com o do paciente e as anotações do centro cirúrgico;
18. Verificar e registrar em prontuário o aspecto do curativo da FO, avaliar presença de hemorragias e hematomas na ferida operatória e/ou observar presença de edema, calor, rubor, bem como a evolução da cicatrização e presença de secreções, se há ou não fio de MCP para sua posterior remoção pela equipe médica e seguir o protocolo institucional para a realização desse, caso haja necessidade;
19. Instituir cuidados para a prevenção de infecção: realização de curativos com técnica asséptica, restrição de visitas e a necessidade da lavagem das mãos no contato com o paciente;
20. Controlar rigorosamente a glicemia capilar, devido ao efeito hiperglicemiante das drogas imunossupressoras;
21. Realizar higiene oral adequada e avaliação da cavidade oral, para aparecimento de monilíase oral e a necessidade do uso da antifúngico oral;
22. Avaliar presença de micoses nas mãos ou pés e presença de tosse e aspecto da secreção, se houver;
23. Realizar troca de curativos de cateter central diariamente ou sempre que necessário, com técnica material, conforme técnica descrita no POP n° 04 e observar aspecto da inserção dos mesmos e sinais flogísticos de infecção;
24. Controlar periodicamente pulso, temperatura, respiração e pressão arterial;
25. Fazer anotações necessárias no prontuário;
26. Ler a prescrição médica, a fim de esclarecer qualquer dúvida relevante e providenciar para que seja realizada;
27. Mediar o paciente com analgésicos, conforme prescrição médica e/ou necessidade ou quadro clínico do mesmo;
28. Comunicar imediatamente ao médico assistente ou ao médico plantonista qualquer sinal ou sintoma alarmante;

29. Realizar ECG diariamente e/ou se necessário;
30. Solicitar à equipe de Enfermagem o controle rigoroso do gotejamento de medicações injetáveis e observar o funcionamento de sondas e drenos, caso o paciente faça uso;
31. Verificar e estimular a aceitação da dieta, caso haja necessidade, acionar o serviço de nutrição para adequação da mesma;
32. Estimular a deambulação, garantindo que seja realizada a assistência fisio-motora e realização de exercícios respiratórios, conforme prescrição e verificar e registrar alterações hemodinâmicas durante a atividade;
33. Observar sinais de retenção urinária pós retirada de sonda e estimular a micção com técnicas menos invasivas (privacidade, deambulação, massagem, estímulo com algodão embebido com água na região da pélvica);
34. Realizar, em último caso, o cateterismo vesical de alívio após o uso de técnicas menos invasivas sem sucesso;
35. Observar o aparecimento de edema de extremidades ou sinais e sintomas de rejeição aguda: fadiga, arritmias, dispnéia, hipotensão, ganho de peso, intolerância a pequenos esforços e febre;
36. Realizar balanço hídrico e pesar o paciente diariamente, assim como avaliar a função renal com controle rigoroso do débito urinário e exames de rotina;
37. Administrar os imunossupressores sempre no mesmo horário, de acordo com a prescrição médica;
38. Verificar a necessidade de coleta de exames antes da administração dos medicamentos (EX: coleta de dosagem de imunossupressor sérico)
39. Garantir a realização de ECO, biópsias cardíacas, RX e outros exames por imagem que possam ser sugeridos para o melhor controle da avaliação do estado hemodinâmico do paciente e preparação para a programação da alta hospitalar;
40. Prover que no momento da alta sejam dadas as orientações tanto para o cuidado com a ferida operatória em casa e o seguimento do uso das medicações imunossupressoras, assim como oferecidas as instruções de uma dieta balanceada que garantam o controle do peso e evitem infecções gastro-intestinais.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):335-6.
- Calicchio LG, et al. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação pós anestésica, centro de materiais e esterelização. 4. ed. São Paulo: SOBECC; 2007.
- Couto WJ, Branco JN, Almeida D, et al. Transplante cardíaco e infecção. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2001;16(2):141-51.
- Garcia VD, Abbud M Filho, Neumann J, et al. Transplante de órgãos e tecidos. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2006.

- Hoffman FM. Outcomes and complications after heart transplantation: a review. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(55):531-42.
- Lindenfeld J, Miller GG, Shakar, et al. Drug therapy in the heart transplantation recipient: part I: cardiac Rejection and Imunosupreive drugs. *Circulation*. 2004;110(24):3734-40.
- Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: OPAS; 2009.
- Page RL, Miller GG, Lindenfel JA. Drug therapy in the heart transplant recipient: part IV: drug-drug interactions. *Circulation*. 2005;111(2):230-9.
- Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Studdarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Wade CR, Reith KK, Sikora JH, et al. Postoperative Nursing care of the cardiac transplant recipient. *Crit Care Nurs Q*. 2004;27(1):17-28.

50-ADMISSÃO DO PACIENTE NO BLOCO CIRÚRGICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 50
ADMISSÃO DO PACIENTE NO BLOCO CIRÚRGICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Adriana de Melo, Renata Nascimento, Deiziane Barros.		
<u>Objetivos:</u>	Prestar um atendimento de qualidade, sem riscos para os pacientes e funcionários do setor; Otimizar as ações dentro da unidade; Normatizar os procedimentos realizados no Bloco Cirúrgico.	
<u>Abrangência:</u>	Bloco cirúrgico.	
<u>Siglas:</u>	SRPA – Sala de Recuperação Pós-Anestésica; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Impresso de admissão do paciente; estetoscópio; tensiômetro; termômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Receber o paciente no bloco cirúrgico;
- Apresentar-se ao paciente informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer e procedimento;
- Conferir identificação do paciente: identificar o paciente usando dois identificadores (Nome e data de nascimento ou nome e número do paciente) Compare os identificadores com as informações que constam na pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Em caso de transplante conferir identificação do doador e dos receptores;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações a técnica;
- Promover a participação, conforto e privacidade do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Conferir o prontuário para verificar se há os documentos e exames pré-operatórios completos;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Realizar a anamnese do paciente;
- Verificar os SSVV, conforme POP n° 10;
- Admitir o paciente em formulário próprio;
- Realizar checklist de cirurgia segura em sala;
- Apresentar o paciente à equipe de Enfermagem que vai acompanhá-lo;

- Explicar ao paciente as etapas que serão cumpridas desde a sua entrada na sala cirúrgica até o início do procedimento a ser realizado;
- Verificar se o paciente está em jejum, sem próteses dentárias, objetos metálicos, esmalte nas unhas ou roupas íntimas de lycra;
- Comprovar o tipo de sangue do paciente junto à Agência Transfusional e confirmar a reserva, se for o caso;
- Esclarecer as dúvidas do paciente, a fim de reduzir sua angústia e ansiedade;
- Encaminhar o paciente à sala cirúrgica;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento;
- Verificar SSVV durante toda a cirurgia, conforme POP n° 10;
- Solicitar a maca a SRPA;
- Conferir peças cirúrgicas e verificar se estão identificadas com nome e data do procedimento;
- Encaminhar, junto com o anestesista, o paciente à SRPA.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo para cirurgia segura. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

51-ROTINAS DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DE PACIENTES DE ALTA DO BLOCO CIRÚRGICO PARA ENFERMARIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 51
ROTINAS DE TRANSFERÊNCIA INTERNA DE PACIENTES DE ALTA DO BLOCO CIRÚRGICO PARA ENFERMARIA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Adriana de Melo, Renata Nascimento, Deiziane Barros.		
<u>Objetivo:</u>	Permitir o transporte seguro de pacientes de alta do bloco para a enfermaria.	
<u>Abrangência:</u>	Emergências, Blocos cirúrgicos, Enfermarias.	
<u>Siglas:</u>	BC – Bloco Cirúrgico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, maqueiro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
- Informar a transferência ao enfermeiro de plantão e ao paciente;
- Entrar em contato com o setor de destino do paciente, solicitando vaga;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
- Confirmar com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira.
- Comunicar o quadro clínico do paciente ao enfermeiro do setor;
- Informar ao paciente a estabilização de seu quadro clínico e sua transferência para outro setor;
- Preparar o paciente para transferência, dando as orientações necessárias, se o mesmo estiver consciente, ou aos seus familiares, orientando-os acerca dos cuidados;
- Oferecer privacidade ao paciente;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Recolher e protocolar os pertences do paciente, as medicações e os exames que se encontram no posto;
- Retirar monitorização, conforme a prescrição;
- Registrar em prontuário, data, hora e local de destino, bem como o estado geral do paciente, no ato da transferência;
- Protocolar o prontuário do paciente;
- Providenciar macas, conforme condições e necessidades do paciente;
- Solicitar profissional maqueiro para o transporte, o mesmo deve seguir com paciente acompanhado do profissional de Enfermagem;
- Transferir para a equipe de Enfermagem que receberá o paciente as informações importantes, bem como a presença de cateteres e sondas;

- Registrar no livro/sistema de admissão e alta, data e destino do paciente;
- Comunicar ao auxiliar de serviços gerais a desocupação do leito para imediata limpeza e desinfecção terminal, conforme protocolo institucional.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 376/2011 [Internet]. Brasília: COFEN; 2011 [citado em 15 out. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html/print/

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

52-BRONCOSCOPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 52
Título: BRONCOSCOPIA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> José dos Santos, Adriana de Melo, Juliana Felipe		
<u>Objetivo:</u>	Realizar o exame dentro dos padrões estabelecidos respeitando o preparo indicado	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Informativo com o preparo do exame e solicitação médica.	

PROCEDIMENTO

RECOMENDAÇÕES PARA O PACIENTE

1. Orientar jejum de 08 horas;
2. Levar exame de tomografia de tórax. Caso não tenha realizado trazer exame de radiografia de tórax de frente e perfil;
3. No uso de medicações de rotina, é recomendado que continue o uso de acordo com a orientação do médico assistente, tomando-as com pouca água caso seja necessário;
4. Um dia antes do exame, evitar ingerir bebidas alcoólicas;
5. Chegar com 1 hora de antecedência do horário marcado;
6. Trazer acompanhante;
7. Trazer solicitação médica;

RECOMENDAÇÕES PARA O PACIENTE APÓS O EXAME

1. Orientar quanto à alimentação, após o exame, o que poderá ocorrer quando o paciente estiver bem acordado e andando sem ajuda. Se estiver internado, fica a critério do médico assistente.
2. Não fazer uso de meios de transporte que exijam atenção como moto, bicicleta, direção de carro, entre outros, devido ao efeito sedativo da medicação;
3. Não deverá ingerir bebidas alcoólicas e manipular instrumentos de risco que necessitem de atenção como: máquinas, prensas, facas;
4. O resultado da biópsia ou do histopatológico será entregue com 30 a 40 dias úteis. Procurar no centro de diagnóstico ou no SAME;
5. A entrega do laudo do exame será de imediato, ou de acordo com a demanda do setor.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

PRÉ-PROCEDIMENTO

1. Anunciar o paciente e certificar-se da solicitação do exame e realização do preparo completo;
2. Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar como será realizado o exame numa linguagem que o paciente possa compreender;
3. Conferir a identificação do paciente através de dois identificadores (nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço);
4. Solicitar ao paciente que faça a leitura, preencha e assine o termo de consentimento para realização do exame. Caso ele declare não ter condições para tal, solicitar que o acompanhante faça a leitura para ele. No final da leitura, o paciente, se concordar com o procedimento, deverá assinar, ou colocar sua digital, ou indicar uma testemunha para assinar o documento;
5. Encaminhar o paciente até a sala de preparo pré-exame;
6. O técnico de enfermagem recepcionará o paciente e iniciará os cuidados de Enfermagem relacionados ao preparo do procedimento:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - b. Acomodar o paciente na sala de preparo para o exame, verificando se foram retirados e entregues os seus pertences;
 - c. Puncionar acesso venoso periférico, conforme técnica descrita no POP n°;
 - d. Encaminhar o paciente para sala de procedimento.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Oferecer privacidade ao paciente fechando a portar, posicionando na maca e cobrindo, quando necessário;
2. Promover a participação e o conforto do paciente;
3. Comunicar-se com o paciente antes do procedimento para diminuir a sua ansiedade;
4. Se apto a realizar o procedimento, o técnico de enfermagem irá:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - b. Conectar o oxímetro de preferência na mão direita;
 - c. Instalar oxigênio, conforme prescrição médica;
 - d. Confirmar com o médico responsável a dose de medicamento analgésico e sedativo prescrito e administrá-la sob vigilância médica.

PÓS-PROCEDIMENTO

1. Após a realização do exame, o profissional de enfermagem deverá:
 - a. Observar a frequência cardíaca e oximetria, informando ao médico ou enfermeiro qualquer alteração;

- b. Retirar o oxímetro e suporte ventilatório;
- c. Encaminhar o paciente até a sala de recuperação;
- d. Descartar itens sujo nos recipientes apropriados;
- e. Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos conforme o **POP nº**;
- f. Agradecer ao paciente pela ajuda;
- g. Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- h. Relatar ao médico ou enfermeiro qualquer alteração no quadro do paciente;
- i. Devolver itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- j. O técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente até a área de recepção e entregar o laudo do exame, o atestado médico, as orientações por escrito e informar quanto à necessidade de atenção para intercorrências. Solicitar que procure a emergência do hospital, se observar alguma alteração.

REFERÊNCIAS

Broncoscopia. Broncoscopia – BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, 2020. Disponível em: <http://www.bp.org.br>. Acessado em: 03/12/2021.

Castro CF, München MAB, Olesiak LR, Quintana AM. Termo Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde. *Revista Bioética*. 2020;28(3).

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

53-COLONOSCOPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 53
Título: COLONOSCOPIA		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: José dos Santos, Adriana de Melo, Juliana Felipe		
Objetivo:	Realizar o exame dentro dos padrões estabelecidos respeitando o preparo indicado	
Abrangência:	Todos os setores do complexo hospitalar.	
Competência:	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
Material necessário:	Informativo com preparo do exame; solicitação médica.	

PROCEDIMENTO

Recomendações para o paciente no dia anterior ao exame

1. No café da manhã tomar chá de ervas ou café puro e biscoitos tipo água e sal com pouca margarina ou geleia. Não tomar leite ou derivados e não comer frutas;
2. No almoço, ingerir sopa de legumes cozidos, batida no liquidificador e coada. Não ingerir alimentos sólidos, em nenhuma hipótese;
3. Orientar quanto ao uso das medicações pré-exames: 2 comprimidos de bisacodil 5 mg às 12h e 2 comprimidos às 17h;
4. Explicar como deverá realizar o preparo: misturar 1 tubo de manitol 20% (250 ml) + refresco de laranja ou limão coado (300 ml) + 60 gotas de dimeticona. Beber um copo dessa mistura a cada 15 minutos, entre às 16h e 17h no dia anterior ao exame;
5. O preparo deverá ser ingerido em sua totalidade. Não é necessário adoçar a mistura;
6. Até as 23h o paciente deverá tomar bastante água, água de coco, e após esse horário, manter dieta zero (jejum absoluto);
7. Não há restrições de atividades profissionais ou domésticas;
8. O paciente poderá fazer uso das suas medicações habituais.
9. Ligar no dia anterior para confirmar exame.

Recomendações para o paciente no dia do exame

1. Misturar 02 frascos de manitol 20% (500 ml) + refresco de limão ou laranja coado ou H₂O (500ml) + 40 gotas de dimeticona. Beber um copo dessa mistura de 15 em 15 minutos entre 04 e 05 h da manhã no dia do exame.
2. O preparo deverá ser ingerido em sua totalidade. Não é necessário adoçar a mistura;
3. Lembrar da importância de continuar bebendo líquidos até 2h antes do exame;

4. Não deixar de tomar suas medicações habituais;
5. Trazer resultados da última colonoscopia se houver;

Recomendações para o paciente

1. Por segurança, pacientes acima de 70 anos deverão realizar este preparo internado;
2. Em pacientes a partir de 70 anos, o procedimento deve que ser feito com acompanhamento de um médico anestesista.
3. O resultado da biópsia ou do histopatológico será entregue com 30 a 40 dias úteis. Procurar no centro de diagnóstico ou no SAME;
4. A entrega do laudo do exame será de imediato, ou de acordo com a demanda do setor.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Pré-procedimento

1. Anunciar o paciente e certificar-se da solicitação do exame e realização do preparo completo;
2. Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar como será realizado o exame numa linguagem que o paciente possa compreender;
3. Conferir a identificação do paciente através de dois identificadores (nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço);
4. Solicitar ao paciente que faça a leitura, preencha e assine o termo de consentimento para realização do exame. Caso ele declare não ter condições para tal, solicitar que o acompanhante faça a leitura para ele. No final da leitura, o paciente, se concordar com o procedimento, deverá assinar, ou colocar sua digital, ou indicar uma testemunha para assinar o documento;
5. Encaminhar o paciente até a sala de preparo pré-exame;
6. O técnico de enfermagem recepcionará o paciente e iniciará os cuidados de Enfermagem relacionados ao preparo do procedimento:
7. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n°01;
8. Acomodar o paciente na sala de preparo para o exame, verificando se foram retirados e entregues os seus pertences;
9. Puncionar acesso venoso periférico, conforme técnica descrita no POP n°11;
10. Encaminhar o paciente para sala de procedimento.

Durante a Implementação do Procedimento

1. Oferecer privacidade ao paciente fechando a portar, posicionando na maca e cobrindo, quando necessário;
2. Promover a participação e o conforto do paciente;
3. Comunicar-se com o paciente antes do procedimento para diminuir a sua ansiedade;

4. Se apto a realizar o procedimento, o técnico de enfermagem irá:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº01;
 - b. Conectar o oxímetro de preferência na mão direita;
 - c. Instalar oxigenoterapia, conforme prescrição médica;
 - d. Confirmar com o médico responsável a dose de medicamento analgésico e sedativo prescrito e administrá-la sob vigilância médica.

Pós-Procedimento

Após a realização do exame, o profissional de enfermagem deverá:

1. Observar a frequência cardíaca e oximetria, informando ao médico ou enfermeiro qualquer alteração;
2. Retirar o oxímetro e suporte ventilatório;
3. Encaminhar o paciente até a sala de recuperação.
4. Descartar itens sujos nos recipientes apropriados;
5. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme o POP nº01;
6. Agradecer ao paciente pela ajuda;
7. Fazer com que o paciente se sinta confortável;
8. Relatar ao médico ou enfermeiro qualquer alteração no quadro do paciente como desconforto abdominal, cólica (gazes), náuseas e vômitos; Caso presente o paciente será medicado pela equipe de enfermagem conforme orientação médica.
9. Devolver itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
10. O técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente até a área de recepção e entregar o laudo do exame, o atestado médico, as orientações por escrito e informar quanto à necessidade de atenção para intercorrências. Solicitar que procure a emergência do hospital, se observar alguma alteração.

REFERÊNCIAS

Castro CF, München MAB, Olesiak LR, Quintana AM. Termo Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde. *Revista Bioética*. 2020;28(3).

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Fluxos e Procedimentos do Serviço Endoscopia Digestiva da Unidade Ambulatorial [Internet]. 2020 [citado 2021 Dez 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

54-ENDOSCOPIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 54
Título: ENDOSCOPIA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> José dos Santos, Adriana de Melo, Juliana Felipe		
<u>Objetivo:</u>	Realizar o procedimento de maneira correta, respeitando o preparo indicado.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	SAME – Serviço de Arquivo Médico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Informativo com o preparo do exame; solicitação médica.	

PROCEDIMENTO

Pela Manhã

Recomendações para o paciente no dia anterior ao exame

1. O paciente deverá ter ingesta de alimentos até as 19 h e não deverá beber leite e comer não queijo, margarina, manteiga, papa e vitamina;
2. Das 19h até as 22h o paciente poderá tomar apenas líquido (suco, água, refrigerante, água de coco, etc);
3. Após as 22h, o paciente deverá permanecer em dieta zero, jejum absoluto, não podendo ingerir nem água;
4. O paciente deverá suspender o uso de anticoagulante 7 dias antes do exame. O paciente que fizer uso de anticoagulante (Aspirina, Clopidogrel, Marcoumar, Ticlid, Heparina, Enoxaparina, Marevan), deverá procurar o médico que prescreveu informando que irá realizar uma EDA;
5. Ligar no dia anterior para confirmar exame.

Recomendações para paciente no dia do exame

1. Se o paciente for diabético, não tomar a medicação para evitar uma hipoglicemia;
2. Se o paciente for hipertenso (pressão alta), não tomar a medicação, pois não dá tempo de ser absorvida pelo organismo;
3. Se fizer uso de alguma medicação, o paciente deverá trazê-la para tomá-la após a realização do procedimento assim que estiver bem acordado;
4. Se durante o exame for observado estase alimentar, o procedimento será interrompido, para evitar broncoaspiração. Nesse caso, o procedimento será realizado em data mais próxima agendada pelo serviço de endoscopia;

5. Trazer resultados da última endoscopia se houver;
6. Vir com acompanhante;
7. Traze solicitação médica.

Pela Tarde

Recomendações para o paciente no dia anterior ao exame

1. O paciente deverá ter ingestão de alimentos até as 19h e não deverá beber leite;
2. Ligar no dia anterior para confirmar exame.

Recomendações para o paciente no dia do exame

1. O paciente poderá tomar um copo de chá, suco de cor clara, água de coco e duas torradas até as 7h;
2. Após às 8h, o paciente deverá permanecer em dieta zero, jejum absoluto, não podendo ingerir nem água;
3. O paciente deverá suspender anticoagulante 07 (sete) dias antes do exame. Paciente que fizer uso de anticoagulante (Aspirina, Clopidogrel, Marcoumar, Ticlid, Heparina, Enoxaparina, Marevan) deverá procurar o médico que prescreveu informando que irá realizar uma EDA;
4. Trazer resultados da última endoscopia se houver;
5. Vir com acompanhante.

Recomendações para o paciente após o exame

1. O resultado da biópsia ou do histopatológico será entregue com 30 a 40 dias úteis. Procurar no centro de diagnóstico ou no SAME;
2. A entrega do laudo do exame será de imediato, ou de acordo com a demanda do setor.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Pré-Procedimento

1. Anunciar o paciente e certificar-se da solicitação do exame e realização do preparo completo;
2. Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar como será realizado o exame numa linguagem que o paciente possa compreender;
3. Conferir a identificação do paciente através de dois identificadores (nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço);
4. Solicitar ao paciente que faça a leitura, preencha e assine o termo de consentimento para realização do exame. Caso ele declare não ter condições para tal, solicitar que o acompanhante faça a leitura para ele. No final da leitura, o paciente, se concordar com o procedimento, deverá assinar, ou colocar sua digital, ou indicar uma testemunha para assinar o documento;
5. Encaminhar o paciente até a sala de preparo pré-exame;

6. O técnico de enfermagem recepcionará o paciente e iniciará os cuidados de Enfermagem relacionados ao preparo do procedimento:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n°;
 - b. Acomodar o paciente na sala de preparo para o exame, verificando se foram retirados e entregues os seus pertences;
 - c. Puncionar acesso venoso periférico, conforme técnica descrita no POP n°;
 - d. Encaminhar o paciente para sala de procedimento.

Durante a implementação do procedimento

1. Oferecer privacidade ao paciente fechando a portar, posicionando na maca e cobrindo, quando necessário;
2. Promover a participação e o conforto do paciente;
3. Comunicar-se com o paciente antes do procedimento para diminuir a sua ansiedade;
4. Se apto a realizar o procedimento, o técnico de enfermagem irá:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - b. Conectar o oxímetro de preferência na mão direita;
 - c. Instalar oxigenoterapia, conforme prescrição médica;
 - d. Confirmar com o médico responsável a dose de medicamento analgésico e sedativo prescrito e administrá-la sob vigilância médica.

Pós-Procedimento

Após a realização do exame, o profissional de enfermagem deverá:

1. Observar a frequência cardíaca e oximetria, informando ao médico ou enfermeiro qualquer alteração;
2. Retirar o oxímetro e suporte ventilatório;
3. Encaminhar o paciente até a sala de recuperação.
4. Descartar itens sujo nos recipientes apropriados;
5. Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos conforme o **POP n°**;
6. Agradecer ao paciente pela ajuda;
7. Fazer com que o paciente se sinta confortável;
8. Relatar ao médico ou enfermeiro qualquer alteração no quadro do paciente;
9. Devolver itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
10. O técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente até a área de recepção e entregar o laudo do exame, o atestado médico, as orientações por escrito e informar quanto à necessidade de atenção para intercorrências. Solicitar que procure a emergência do hospital, se observar alguma alteração.

REFERÊNCIAS

Castro CF, München MAB, Olesiak LR, Quintana AM. Termo Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde. *Revista Bioética*. 2020;28(3).

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Fluxos e Procedimentos do Serviço Endoscopia Digestiva da Unidade Ambulatorial [Internet]. 2020 [citado 2021 Dez 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/pops>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

55-GASTROSTOMIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 55
Título: GASTROSTOMIA		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> José dos Santos, Adriana de Melo, Juliana Felipe		
<u>Objetivo:</u>	Realizar o procedimento dentro dos padrões estabelecidos, garantindo a segurança do paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Síglas:</u>	AAS – Ácido acetilsalicílico; IBP – Inibidores de Bomba Protônica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Informativo com o preparo do exame; solicitação médica.	

PROCEDIMENTO

Recomendações para o paciente

1. Jejum de pelo menos 8 horas para assegurar que a cavidade gástrica não tenha líquidos ou resíduos alimentares que impeçam o procedimento ou aumentem o risco de aspiração;
2. Suspender o uso de antiagregantes e anticoagulantes alguns dias antes do exame, uma vez que aumentam o risco de hemorragia;
3. Informar o médico de toda a medicação que faz uso e de eventuais alergias a medicamentos;
4. Evitar o uso de leite ou de antiácido;
5. O procedimento implica um internamento que, na ausência de complicações, dura cerca de 24 horas;
6. Administração de antibiótico endovenoso 1 hora antes do procedimento para diminuir o risco de infecção no local de inserção da sonda.
7. Óculos e próteses dentárias devem ser removidos.

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Pré-Procedimento

1. Anunciar o paciente e certificar-se da solicitação do exame e realização do preparo completo;
2. Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar como será realizado o exame numa linguagem que o paciente possa compreender;
3. Conferir a identificação do paciente através de dois identificadores (nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço);
4. Solicitar ao paciente que faça a leitura, preencha e assine o termo de consentimento para realização do exame. Caso ele declare não ter condições para tal, solicitar que o acompanhante faça a leitura

para ele. No final da leitura, o paciente, se concordar com o procedimento, deverá assinar, ou colocar sua digital, ou indicar uma testemunha para assinar o documento;

5. Encaminhar o paciente até a sala de preparo pré-exame;
6. O técnico de enfermagem recepcionará o paciente e iniciará os cuidados de Enfermagem relacionados ao preparo do procedimento:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - b. Acomodar o paciente na sala de preparo para o exame, verificando se foram retirados e entregues os seus pertences;
 - c. Puncionar acesso venoso periférico, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - d. Encaminhar o paciente para sala de procedimento.

Durante a implementação do procedimento

1. Oferecer privacidade ao paciente fechando a portar, posicionando na maca e cobrindo, quando necessário;
2. Promover a participação e o conforto do paciente;
3. Comunicar-se com o paciente antes do procedimento para diminuir a sua ansiedade;
4. Se apto a realizar o procedimento, o técnico de enfermagem irá:
 - a. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no **POP n°**;
 - b. Conectar o oxímetro de preferência na mão direita;
 - c. Instalar oxigênio, conforme prescrição médica;
 - d. Confirmar com o médico responsável a dose de medicamento analgésico e sedativo prescrito e administrá-la sob vigilância médica.

Pós-Procedimento

Após a realização do exame, o profissional de enfermagem deverá:

1. Observar a frequência cardíaca e oximetria, informando ao médico ou enfermeiro qualquer alteração;
2. Retirar o oxímetro e suporte ventilatório;
3. Encaminhar o paciente até a sala de recuperação;
4. Descartar itens sujo nos recipientes apropriados;
5. Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos conforme o **POP n°**;
6. Agradecer ao paciente pela ajuda;
7. Fazer com que o paciente se sinta confortável;
8. Relatar ao médico ou enfermeiro qualquer alteração no quadro do paciente;
9. Devolver itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;

10. O técnico de enfermagem deverá acompanhar o paciente até a área de recepção e entregar o laudo do exame, o atestado médico, as orientações por escrito e informar quanto à necessidade de atenção para intercorrências. Solicitar que procure a emergência do hospital, se observar alguma alteração.

REFERÊNCIAS

Castro CF, München MAB, Olesiak LR, Quintana AM. Termo Consentimento Livre e Esclarecido na Assistência à Saúde. *Revista Bioética*. 2020;28(3).

Gastrostomia Percutânea Endoscópica. *Gastrostomia Percutânea Endoscópica – SPED*, 2021.
Disponível em: <https://www.sped.pt>. Acesso em: 05/12/2021.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

56-BIOSSEGURANÇA NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 56
BIOSSEGURANÇA NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Francisco de Vasconcelos, Édyla Moraes, Adriana de Melo, Rubiane Silva		
<u>Objetivo:</u>	Assegurar a proteção dos profissionais e de todos os procedimentos pré e póstransfusionais realizados na Agência Transfusional.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, farmacêutico, técnico de laboratório.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs; caixa de descarte de material perfurocortante; lixo para descarte de material biológico.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Uso de EPIs

- Usar as luvas, jalecos e óculos para qualquer atividade realizada que tenha contato com material biológico;
- Usar luvas, jalecos, máscara e óculos para procedimentos sob fluxo laminar.

Manipulação de produtos biológicos

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Proceder conforme os itens 1 e 2;
- Manipular bolsas sangue, plaquetas e plasmas tendo cuidado de não contaminar o produto ou identificá-lo erradamente.

Manipulação com equipamentos elétricos

- Usar os equipamentos, conforme as instruções de uso;
- Conferir a voltagem do equipamento antes de ligá-lo à rede elétrica;
- Não ligar os equipamentos com as mãos molhadas..

Descartes de lixo biológicos

- Descartar as bolsas de hemocomponentes e os coágulos e amostras de sangue, em sacos brancos identificados com nome “risco biológico”;
- Descartar agulhas e seringas em depósitos específicos (caixa para perfurocortantes).

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

57-RECEPÇÃO DE REQUISIÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 57
RECEPÇÃO DE REQUISIÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Francisco de Vasconcelos, Édyla Moraes, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar e disciplinar a recepção de requisição de solicitação de transfusão.	
<u>Abrangência:</u>	Agência transfusional.	
<u>Siglas:</u>	AT – Agência Transfusional; STS – Solicitação de Transfusão Sanguínea.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem, técnico de laboratório, auxiliar administrativo.	
<u>Material necessário:</u>	STS; amostra de sangue; livro de protocolo.	

PROCEDIMENTOS

- Recepcionar a requisição de solicitação de transfusão sanguínea (STS);
- Conferir se os dados contidos na STS estão corretos e completos:
 - Data de nascimento;
 - Sexo;
 - Idade;
 - Número de registro do paciente;
 - Número do leito, se internado;
 - Diagnóstico;
 - Componente sanguíneo solicitado (volume e quantidade);
 - Modalidade de transfusão;
 - Resultado de exames laboratoriais que justifique a indicação do componente sanguíneo;
 - Data;
 - Dados do médico solicitante (nome, assinatura e CRM- carimbo);
 - Peso do paciente (quando indicado);
 - Antecedentes transfusionais, gestacionais e de relações transfusionais, quando relatados pelo paciente.
- Protocolar em livro específico de recebimento de STS;
- Encaminhar para o setor técnico a requisição de solicitação de transfusão e amostra;
- Providenciar o registro do paciente no livro específico, após o recebimento da requisição com a amostra devidamente conferida;

- Enviar a amostra para o setor técnico para executar os testes pré-transfusionais.

REFERÊNCIA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

58-PREPARAÇÃO E LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 58
PREPARAÇÃO E LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUÇÃO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Francisco de Vasconcelos, Édyla Moraes, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar e disciplinar a preparação e liberação de hemocomponentes: concentrado de hemácias (CH, CHL, CHPL e CHD e CHI), concentrado de plaquetas (CP), plasma comum e fresco (PFC) e crioprecipitado (CRIO) para transfusão.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CH – Concentrado de Hemácias; CHD – Concentrado de Hemácias Deleucocitados; CHI – Concentrado de Hemácias Irrradiados; CHL – Concentrado de Hemácias Lavadas; CHPL – Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos; CP – Concentrado de Plaquetas; PFC – Plasma Fresco Congelado; STS – Solicitação de Transfusão de Sangue.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Caixa térmica.	

PROCEDIMENTOS

Concentrado de hemácias – CH

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Selecionar a bolsa quanto ao grupo ABO/Rh, após os resultados dos exames pré-transfusionais;
- Retirar a bolsa da geladeira, após os testes pré-transfusionais e deixá-la à temperatura de 22 ± 2°C, por no máximo 30 minutos;
- Identificar a bolsa com etiqueta autocolante, quanto ao grupo ABO/Rh, nome do receptor e o setor do hospital;
- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Concentrado de hemácias lavadas – CHL

- Proceder conforme os itens 1 e 3;
- Resgatar a segunda via da STS do paciente e escrever na área específica o procedimento de solicitação de hemácias lavadas;

- Retirar a bolsa selecionada da geladeira e colocar devidamente acondicionada em caixa térmica, juntamente com a segunda via da STS e enviar para o hemocentro fornecedor responsável pelo procedimento;
- Recepcionar e conferir a bolsa vinda do hemocentro responsável pelo procedimento;
- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Concentrado de hemácias pobre em leucócitos (CHPL) e Concentrado de hemácias desleucocitados (CHD)

1. Proceder conforme os itens 1 e 3;
2. Resgatar a segunda via da STS do paciente e escrever na área específica o procedimento de solicitação de hemácias pobre em leucócitos;
3. Retirar a bolsa selecionada da geladeira e colocar devidamente acondicionada em caixa térmica, juntamente com a segunda via da STS e enviar para o hemocentro fornecedor responsável pelo procedimento;
4. Recepcionar e conferir a bolsa vinda do hemocentro responsável pelo procedimento;
5. Fazer o *checklist* da bolsa;
6. Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Concentrado de hemácias irradiado – CHI

- Proceder conforme os itens 1, 2 e 4;
- Resgatar a segunda via da STS do paciente e escrever na área específica o procedimento de solicitação de hemácias irradiadas;
- Retirar a bolsa selecionada da geladeira e colocar devidamente acondicionada em caixa térmica, juntamente com a segunda via da STS e enviar para o hemocentro fornecedor responsável pelo procedimento;
- Recepcionar e conferir a bolsa vinda do hemocentro responsável pelo procedimento;
- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Concentrado de Plaquetas (CP)

Selecionar o concentrado de plaquetas retirando do agitador.

Bolsa única de plaquetas

1. Rotular a bolsa, conforme especificado na STS;
2. Fazer o *checklist* da bolsa;

3. Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica;

Pool de Plaquetas

- Selecionar e retirar as bolsas do agitador para preparação do pool de plaquetas;
- Encaminhar as bolsas de plaquetas para o fluxo laminar, juntamente com uma bolsa de transferência de 300 ou de 150 ml;
- Abrir o sistema das bolsas de concentrado de plaquetas com o auxílio do transfuso (equipo), sob fluxo laminar;
- Transferir as plaquetas para a bolsa de 300 ou 150 ml, conforme a quantidade de unidade e/ou volume solicitados na STS;
- Selar o seguimento da bolsa do pool, rotular com etiqueta com nome do paciente, volume, grupo ABO/Rh, setor e a hora de preparação do pool. Registrar no livro de pool;
- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Plasma Fresco Congelado (PFC)

- Retirar a bolsa do freezer, conforme o grupo ABO/Rh especificado na STS;
- Colocar a bolsa em um saco plástico específico;
- Encaminhar a bolsa para um banho-maria a 37°C;
- Descongelar a bolsa em banho-maria a 37°C, por no máximo 25 minutos;
- Retirar a bolsa do banho-maria após o descongelamento;
- Retirar o plástico da bolsa;
- Rotular a bolsa com etiqueta com o nome do paciente, grupo ABO/Rh, volume e o setor de origem;
- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

Crioprecipitado - CRIO

- Retirar a bolsa do freezer, conforme o grupo ABO/Rh especificado na STS.;
- Colocar a bolsa em um saco plástico específico;
- Encaminhar a bolsa para um banho-maria a 37°C;
- Descongelar a bolsa em banho-maria a 37°C, por no máximo 25 minutos;
- Retirar a bolsa do banho-maria após o descongelamento;
- Retirar o plástico da bolsa;
- Rotular a bolsa com etiqueta com o nome do paciente, grupo ABO/Rh, setor de origem;

- Fazer o *checklist* da bolsa;
- Registrar os dados da bolsa em protocolo e encaminhar para transfusão em caixa térmica.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Guia para uso de hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2015.

59-TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS PARA TRANSFUSÕES

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 59	
TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS PARATRANSFUSÕES			
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u>	2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Francisco de Vasconcelos, Édyla Moraes, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.			
<u>Objetivo:</u>	Padronizar e disciplinar os transportes de hemocomponentes e/ou hemoderivados para transfusões no Complexo Hospitalar.		
<u>Abrangência:</u>	Agência Transfusional e Complexo Hospitalar.		
<u>Siglas:</u>	AT – Agência Transfusional.		
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de laboratório.		
<u>Material necessário:</u>	Caixa térmica; folha separadora; termômetro; bateria térmica.		

PROCEDIMENTOS

Hemocomponentes: são produtos biológicos gerados a partir do sangue total, por meio de processos físicos (centrifugação e congelamento) na sua fabricação.

Hemoderivados: são produtos biológicos obtidos a partir do fracionamento do plasma, por meio de processos físico-químicos na sua fabricação.

- Encaminhar ao setor técnico uma caixa térmica;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Retirar do freezer uma bateria térmica e colocar no fundo da caixa;
- Dispor de uma folha separadora (manta térmica), cortar de maneira que caiba dentro da caixa;
- Colocar a folha separadora em cima da bateria térmica;
- Colocar um termômetro;
- Conferir o(s) produto(s) com as solicitações de transfusões, após os testes transfusionais;
- Arrumar na caixa térmica o(s) hemocomponente(s) e/ou hemoderivado(s);
- Fechar a caixa térmica e transportar o(s) produto(s) o mais rápido possível.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Guia para uso de hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2015.

60-TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 60
TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Francisco de Vasconcelos, Édyla Moraes, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar e disciplinar as transfusões de hemocomponentes e/ou hemoderivados.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	FIT – Ficha de Incidentes Transfusionais; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Médico, Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Fluxômetro de O ₂ ; umidificador; látex; cateter de O ₂ tipo óculos; cateter de O ₂ tiponasal; fonte de O ₂ .	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PRÉ – PROCEDIMENTOS

1. Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
2. Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
3. Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
4. Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
5. Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento.
6. Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
7. Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica.

PROCEDIMENTO

Hemocomponentes: são produtos biológicos gerados a partir do sangue total, por meio de processos físicos (centrifugação e congelamento) na sua fabricação.

Hemoderivados: são produtos biológicos obtidos a partir do fracionamento do plasma, por meio de processos físico-químicos na sua fabricação.

- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Encaminhar ao setor solicitante em caixa térmica o produto com transfuso (equipo) já conectado sob fluxo laminar para transfusão;
- Conferir, no setor, os dados da bolsa com os dados do paciente;
- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Escolher o melhor braço do paciente para infusão após as verificações dos SSVV;
- Conectar o transfuso com filtro à bolsa;
- Proceder a assepsia do braço do paciente com álcool 70%;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Desconectar a tampa da agulha do transfuso e introduzir no acesso do paciente;
- Ajustar a velocidade inicial de infusão do produto que deve ser lenta de 1 a 2 ml por minuto, com duração máxima de 4h;
- Acompanhar o paciente durante toda transfusão e aferir e registrar os sinais vitais antes da transfusão e nos primeiros 5 e 10 minutos da infusão;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo procedimento.
- Retirar o transfuso do braço do paciente ao término da transfusão e tamponar o local da infusão, por alguns minutos com algodão com álcool 70%.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar a bolsa e o transfuso em depósito específico (lixo biológico), após a transfusão;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável.

Em caso de uma possível reação transfusional

- Interromper imediatamente a transfusão;
- Retirar o transfuso com a bolsa do braço do paciente e manter um acesso venoso com soro fisiológico;
- Comunicar imediatamente ao médico;
- Preencher a FIT com o médico;
- Encaminhar a FIT e a bolsa com transfuso à Agência Transfusional.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 0511/2016. Brasília: COFEN; 2016.
- Ministério da Saúde (BR). Guia para uso de hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2015.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

61-REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 61
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão</u> Giovanna Lustosa, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar as condutas diante das reações transfusionais.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	FIT – Ficha de Incidentes Transfusionais; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	

PRÉ – PROCEDIMENTOS

- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e são necessária adaptações à técnica;
- Certificar –se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;

PROCEDIMENTOS

Reação Transfusional é qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão de sangue, durante ou após a sua administração.

Classificação das Reações Transfusionais

- Quanto ao tempo de aparecimento do quadro clínico ou laboratorial:
- **IMEDIATAS:** ocorre durante o ato transfusional ou nas primeiras 24h, após o início da transfusão.
- **TARDIAS:** ocorre após 24h do início da transfusão;
- Quanto à gravidade:
- **GRAU I ou LEVE:** ausência de risco de morte, sem comprometimento de órgão ou função;
- **GRAU II ou MODERADA:** morbidade à longo prazo com necessidade de hospitalização ou prolongamento da internação e/ou deficiência ou incapacidade médica ou cirúrgica, para evitar danos permanentes ou comprometimento de órgão ou função;

- GRAU III ou GRAVE: ameaça à vida e intervenção médica exigida para evitar a morte;
- GRAU IV ou ÓBITO: óbito atribuído à transfusão.
- Quanto ao mecanismo fisiopatológico:
- IMUNES: há comprovação do mecanismo antígeno-anticorpo na reação transfusional.
- NÃO IMUNES: não há mecanismo imunológico envolvido na reação.
- Quanto à correlação com a transfusão:
- CONFIRMADA: quando há evidências claras (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal), sem qualquer dúvida acerca da correlação com a transfusão;
- PROVÁVEL: quando apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam correlação com a transfusão, mas há dúvida para sua confirmação;
- POSSÍVEL: quando apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam correlação com outras causas, mas a correlação com a transfusão não pode ser descartada;
- IMPROVÁVEL: quando apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam correlação com outras causas, mas há dúvida para sua exclusão;
- DESCARTADA: quando apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam claramente a correlação com outras causas e não há transfusão;
- INCONCLUSIVA: quando não há evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) suficientes para confirmar ou descartar a correlação com a transfusão.

Principais Sinais e Sintomas

- Febre e/ou calafrios;
- Náuseas, com ou sem vômitos;
- Dor no local da infusão, dor na região torácica ou lombar;
- Alterações agudas da pressão arterial: hipotensão ou hipertensão;
- Alterações respiratórias: dispneia, taquipneia, hipóxia, sibilos;
- Alterações cutâneas: prurido, urticária, exantema, edema generalizado ou localizado.

CONDUTAS INICIAIS PARA TODAS AS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Interromper a transfusão e comunicar ao médico assistente;
- Manter acesso venoso com SF 0,9%;
- Verificar os sinais vitais;
- Conferir as identificações dos hemocomponentes e do receptor e verificar, à beira do leito, se o hemocomponente foi corretamente administrado ao paciente indicado.

- Se indicado, coletar e enviar amostras de sangue do paciente junto com a bolsa e equipo de transfusão para a AT, bem como enviar amostras de sangue e/ou urina para o laboratório.
- Sangue: hemograma, ureia, creatinina, DHL, bilirrubina total e frações, heptoglobina, coombs direto;
- Urina: sumário de urina (avaliar hemoglobinúria).
- A bolsa envolvida na reação deverá ter suas conexões fechadas, envolvidas em saco plástico e mantida em temperatura adequada a sua conservação (2 a 6°C), até seu envio à AT;
- Registrar as ações no prontuário do paciente e notificar a AT, por meio da Ficha de Incidente Transfusional (FIT);
- O médico da AT procederá à investigação da reação transfusional, solicitando os exames necessários no laboratório de imunohematologia (HEMOPE);
- Após a conclusão da investigação, o médico da AT procederá à notificação no NOTIVISA e fará a devida comunicação e orientação ao setor hospitalar onde ocorreu a reação transfusional, por meio de comunicado em formulário específico.

PRINCIPAIS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS

Reação hemolítica aguda

Definição: rápida destruição dos eritrócitos, durante a transfusão ou até 24h após por incompatibilidade ABO ou de outro sistema eritrocitário.

Sinais e Sintomas: ansiedade, agitação, sensação de morte iminente, tremores/calafrios, rubor facial, febre, dor no local da venopunção, dor abdominal, lombar ou em flancos, hipotensão arterial, epistaxe, oligúria/anúria, insuficiência renal, hemoglobinúria, coagulação intravascular disseminada (CIVD), sangramento no local da venopunção, choque e teste de hemólise positivo na amostra do receptor e 2 ou mais dos seguintes resultados: DHL elevada, BI elevada, haptoglobina baixa, hemoglobinúria, fibrinogênio baixo ou hemoglobina livre aumentada.

Conduta laboratorial: enviar amostras de sangue (com e sem anticoagulante) e bolsa para a AT, repetiros testes imunohematológicos, cultura da bolsa e paciente.

Conduta clínica: cuidados de terapia intensiva, medicar com corticóide EV e manter diurese em 100 mL/h.

Prevenção: seguir rigorosamente todas as normas preconizadas, desde a coleta até a transfusão.

Reação febril não hemolítica (RFNH)

Definição: febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) associada ao aumento de pelo menos 1°C em relação ao valor pré transfusional e/ou tremores e calafrios e ausência de outras causas, podem ocorrer náuseas, vômitos e cefaleia.

Conduta laboratorial: afastar hemólise e contaminação bacteriana. Enviar amostras de sangue (com e sem anticoagulante) e bolsa para a AT, repetir os testes imunohematológicos, cultura da bolsa e paciente.

Conduta clínica: antitérmico.

Prevenção: hemocomponentes modificados (CHPL, CHBC, CHD, CHF – a depender da avaliação do médico da AT).

Reação alérgica

Definição: presença de 2 ou mais dos seguintes sintomas: pápulas, prurido, urticária, edema labial, de língua, de úvula, periorbital/periconjuntival, tosse, rouquidão, dispneia, sibilos, náuseas, vômitos.

Reação anafilática (reação alérgica grave)

Observa-se: edema de laringe, cianose, insuficiência respiratória, broncoespasmos, estridos respiratório, hipotensão arterial, choque, perda da consciência, ansiedade, taquicardia).

Conduta laboratorial: não é necessária a coleta de amostra pós transfusional e nem o envio da bolsa para a AT.

Conduta clínica: anti-histamínico e/ou corticóides EV.

Prevenção: anti-histamínico e/ou corticóides EV 30 minutos antes da transfusão e utilização de hemocomponentes modificados (CHL – a depender da avaliação do médico da AT).

Contaminação bacteriana

Definição: presença de microrganismo no hemocomponente transfundido ou em outro hemocomponente proveniente da mesma doação e presença do mesmo microrganismo no sangue do receptor e/ou febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) com aumento de pelo menos 2°C , em relação ao valor pré-transfusional durante a transfusão ou 24h após, sem evidência de infecção prévia.

Sinais e sintomas: tremores, calafrios, hipotensão arterial, taquicardia, dispneia, náuseas, vômitos, choque.

Conduta laboratorial: afastar hemólise. Enviar amostras de sangue (com e sem anticoagulante) e bolsa para a AT, repetir os testes imunohematológicos, cultura da bolsa e paciente.

Conduta clínica: cuidados de terapia intensiva e início de antibiótico terapia de amplo espectro.

Prevenção: seguir rigorosamente todas as normas preconizadas, desde a coleta até a transfusão.

Trali

Definição: desconforto respiratório agudo que ocorre durante a transfusão ou 6h após sua realização, sem evidências de lesão pulmonar anterior; e exame de imagem de tórax com infiltrado pulmonar bilateral sem evidência de sobrecarga circulatória e hipoxemia com saturação de O₂ < 90% em ar ambiente e/ou PAO₂/FiO₂ < 300 mHg; pode apresentar também febre, taquicardia, hipertensão/hipotensão arterial e cianose.

Conduta laboratorial: não é necessária a coleta de amostra pós-transfusional e nem o envio da bolsa para AT.

Conduta clínica: suporte clínico e respiratório.

Prevenção: hemocomponentes modificados (CHPL, CHBC, CHD, CHF – a depender da avaliação do médico da AT).

Sobrecarga circulatória (TACO)

Definição: aparecimento de edema pulmonar durante a transfusão ou até 6h após, associado a pelo menos 4 dos seguintes critérios: insuficiência respiratória, taquicardia, hipertensão arterial, achados de imagem de edema pulmonar, evidência de balanço hídrico positivo, aumento do peptídeo natriurético tipo B (BNP).

Conduta laboratorial: não é necessária a coleta de amostra pós-transfusional e nem o envio da bolsa para AT.

Conduta clínica: cabeceira elevada, suporte respiratório, suporte de oxigênio e diuréticos.

Prevenção: ajustar a velocidade de infusão do hemocomponente para 1 ml/Kg/h ou 2 a 4 ml/min nas próximas transfusões ou aliquotar o hemocomponente de forma a transfundir em dias alternados.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

62-BUSCA ATIVA PARA INCIDENTES TRANSFUSIONAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 62
Título: BUSCA ATIVA PARA INCIDENTES TRANSFUSIONAIS		
<u>Versão/Ano</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Giovanna Lustosa, Édyla Moraes, Francisco de Vasconcelos, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar e disciplinar a busca ativa para incidentes transfusionais nos setores do hospital.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	AT – Agência Transfusional; FIT – Ficha de Incidentes Transfusionais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	FIT.	

PROCEDIMENTOS

- Identificar na AT os pacientes que realizaram transfusão, nas últimas 24h;
- Visitar o paciente no setor;
- Entrevistar o paciente e o profissional (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico) do setor, quanto às questões relativas à transfusão;
- Preencher a Ficha de Incidentes Transfusionais, caso não esteja pronta no setor e se for sugestivo a uma possível reação;
- Retornar com o relatório da busca ativa a AT e identificar as possíveis reações;
- Notificar as reações identificadas na NOTIVISA e nas planilhas dos indicadores da AT.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n° 34, de 11 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1.660, de 22 de julho de 2009 [Internet]. [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html

63-RECEPÇÃO DE MATERIAL NA CME

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 63	
<u>Título:</u> RECEPÇÃO DE MATERIAL NA CME			
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022		<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira. Adriana de Melo. Felype Machado.			
<u>Objetivo:</u>		Receber os materiais após desinfecção e/ou esterilização.	
<u>Abrangência:</u>		Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>		CME – Central de Material e Esterilização.	
<u>Competência:</u>		Enfermeiro, técnico de enfermagem CME, técnico de enfermagem da unidade consumidora.	
<u>Material necessário:</u>		Protocolo do setor; segunda via da comanda de controle; embalagem fechada para transporte dos artigos desinfetados/esterilizados.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Receber o material desinfetado/esterilizado, conforme rotina de horário;
- Conferir quantidade, natureza e integridade do(s) artigo (s), utilizando a descrição do livro de protocolo ou da segunda via da comanda de controle;
- Solicitar ao funcionário do CME a conferência do material a ser recebido, observando quantidades, natureza e integridade dos artigos e posterior assinatura no livro de protocolo da unidade consumidora ou assinatura e retenção da segunda via da comanda de controle pelo funcionário da CME;
- Acondicionar o(s) artigo(s) para o transporte até o setor, de forma a preservar a integridade da desinfecção/esterilização dos mesmos.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

64-ENTREGA DE MATERIAL NA CME

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 64
Título: ENTREGA DE MATERIAL NA CME		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira. Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Encaminhar os materiais utilizados para que sejam desinfetados e/ou esterilizados.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem da CME, técnico de enfermagem da unidade consumidora, maqueiro da unidade consumidora.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; embalagem fechada para transporte de artigos contaminados; comanda de controle em duas vias ou livro de protocolo; todos os materiais utilizados nestes setores que precisem passar por um processo de desinfecção ou esterilização antes e ser novamente utilizado, como por exemplo: artigos de assistência ventilatória, artigos cirúrgico e para lactação.	

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Separar todo o material a ser entregue na CME observando quantidades, natureza e integridade dos artigos;
4. Acondicionar os artigos em embalagem fechada para o transporte até a CME;
5. Descartar as luvas de procedimento em lixo apropriado;
6. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
7. Protocolar todo o material que será entregue na CME, em livro de protocolo do setor ou em duas vias da comanda de controle, discriminando-o minuciosamente;
8. Calçar as luvas de procedimentos;
9. Entregar o material para ser desinfetado/esterilizado, conforme rotina de horário;
10. Solicitar ao funcionário do CME a conferência do material a ser recebido, observando quantidades, natureza e integridade dos artigos e posterior assinatura no livro de protocolo ou assinatura e retenção da 1ª via da comanda de controle, pelo funcionário do CME;
11. Descartar as luvas de procedimento em lixo apropriado;
12. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

65-RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 65
Título: RECEBIMENTO DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira. Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Receber material contaminado proveniente dos centros cirúrgicos e setores que utilizem instrumentais cirúrgicos. E material inalatorio e ventilatorio.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Protocolo do setor; EPIs.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Paramentar-se com os EPIs (touca descartavel, luva de borracha com cano longo, máscara PFF2/n95, avental impermeavel, olhos de proteção, sapato fechado antiderrapante e protetor faial);
- Receber os materiais pela janela do expurgo, no horário determinado de cada setor;
- Conferir as quantidades dos instrumentais cirúrgicos e integridade dos mesmos, bem como unidade consumidora por meio de formulário específico enviado pelos centros cirúrgicos listando a natureza e as quantidades dos materiais contaminados devolvidos para processo;
- Atentar para a presença de materiais perfurocortantes;
- Conferir cada instrumental cirúrgico, por meio do ckelist de controle que deverá ser devolvida no interior dos mesmos, informando ao enfermeiro de plantão e à unidade consumidora os que estiverem incompletos ou danificados;
- Separar os instrumentais cuja integridade e funcionalidade estejam prejudicadas, lavar e colocar em recipiente próprio, de acordo com rotina do setor e informar ao enfermeiro de plantão;
- Receber copos, vidros e tubos por meio de livro de protocolo da unidade consumidora ou comanda de controle, observando a pré-lavagem realizada pelos setores de origem;
- Conferir quantidades e integridade, dos artigos acima citados, descartando os artigos cuja integridade esteja prejudicada, registrando o descarte no livro de protocolo setorial ou nas duas vias da comanda de controle;
- Protocolar em livro de relatório do expurgo a data, hora e setor que trouxe o material;

- Informar ao enfermeiro de plantão qualquer intercorrência com relação ao recebimento, conferência, integridade, presença de perfurocortantes ou urgência para preparo de qualquer artigo.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

66-LAVAGEM DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 66
LAVAGEM DE MATERIAL CONTAMINADO (EXPURGO) / CME		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Lavar material contaminado, retirando sujidade e dispondo para o preparo.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Escova específica para instrumentais; escovas com cerdas macias; detergenteenzimático; EPIs; pistolas de água pressurizada; lavadoras ultrassônicas e termodesinfectoras.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Retirar a maior parte da sujidade visível do instrumental cirúrgico em água corrente, utilizando a pistola de água pressurizada;
- Preparar solução de detergente enzimático em recipiente próprio, promovendo a diluição, de acordo com orientações do fabricante, em água aquecida a temperatura 30°C a 45°C;
- Registrar, em livro de Registro de Ativação de Detergente Enzimático, hora, identificação do recipiente e responsável pela ativação;
- Colocar os instrumentais abertos imersos na solução de detergente enzimático por um período de 5 minutos, dispondo os instrumentais pesados primeiro e os mais delicados depois;
- Desmontar artigos complexos, imergindo-os na solução, com todas as peças desmontadas. Ex. Aspiradores e afastadores autoestáticos;
- Inserir todos os artigos canulados desmontados e de preferencia os menores de 5mm em lavagem automatizada na lavadora ultrassônica;
- Retirar da solução os instrumentais e escová-los com escova de específicas, para retirar sujidades, observando a limpeza de ranhuras e cremalheiras;
- Utilizar a pistola de água pressurizada para a limpeza de artigos com lumens e de maior complexidade;
- Enxaguar em água corrente;
- Realizar inspeção para garantir a total retirada de matéria orgânica;
- Desprezar a solução utilizada;

- Repetir a operação de preparo de solução para novo processo de limpeza;
- Lavar os copos, vidros e tubos em água corrente aquecida, promovendo lavagem manual com solução de detergente enzimático (seguindo diluição, de acordo com o fabricante), utilizando escovas de cerdas macias ou as lavadoras ultrassônicas;
- Ligar a lavadora ultrassônica, verificar se a programação está correta e esperar atingir a temperatura programada de 40°C;
- Colocar o material do lactário ou canulados menores que 5 mm dentro da lavadora ultrassônica;
- Iniciar o processo de lavagem e aguardar finalizar;
- Retirar os materiais;
- Realizar inspeção para garantir a total retirada de matéria orgânica;
- Dispor os copos, vidros e tubos em bacia forrada com campo de algodão para absorção do excesso de água;
- Ligar a termodesinfectora;
- Colocar na máquina todos os materiais com as pinças abertas;
- Verificar se há detergente enzimático no recipiente adequado;
- Iniciar o processo de lavagem;
- Após terminar o processo de lavagem, retirar os materiais pela porta do preparo;
- Passar o material lavado para a área de preparo, informando ao setor a necessidade de urgência do preparo de artigo.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

67-RECEBIMENTO DE MATERIAIS TERMOSENSÍVEIS CONTAMINADOS (EXPURGO)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 67
RECEBIMENTO DE MATERIAIS TERMOSENSÍVEIS CONTAMINADOS(EXPURGO)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Receber material termossensível contaminado dos diversos setores da instituição.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem/Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Livro de protocolo ou comanda de controle em duas vias; EPIs.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Paramentar-se com os EPI;
- Receber os materiais pela janela do expurgo no horário determinado de cada setor;
- Conferir os termossensíveis, de acordo com a descrição constante no livro de protocolo da unidade consumidora ou na comanda de controle, observar quantidades, natureza e integridade do artigo e devolver os que estiverem incompletos;
- Registrar no protocolo ou comanda qualquer não conformidade com o que foi descrito pela unidade consumidora, bem como devoluções;
- Solicitar assinatura no livro de registro do colaborador responsável pela entrega;
- Devolver a 2ª via da comanda de controle ao funcionário do setor, com a assinatura do mesmo nos itens de não conformidade;
- Protocolar no relatório da desinfecção química a data, hora, funcionário e setor que trouxe o material;
- Passar o material para a sala de desinfecção química;
- Entregar e conferir o material com o colaborador responsável pela desinfecção química.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

68-LAVAGEM DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL CONTAMINADO (ÁREA DE DESINFECÇÃO QUÍMICA)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 79
LAVAGEM DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL CONTAMINADO (ÁREA DE DESINFECÇÃO QUÍMICA)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Lavagem do material termossensível.	
<u>Abrangência:</u>	CME.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem/Enfermeiro	
<u>Material necessário:</u>	Detergente enzimático; escovas de cerdas macias; EPIs; pistolas de água e ar pressurizadas.	

PROCEDIMENTOS

- Paramentar-se com os EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Retirar a maior parte da sujidade visível dos artigos termossensíveis em água corrente, utilizando a pistola de água pressurizada;
- Preparar solução de detergente enzimático em recipiente próprio, promovendo a diluição, de acordo com orientações do fabricante, em água aquecida à temperatura 30°C a 45°C;
- Registrar, em livro de Registro de Ativação de Detergente Enzimático, hora, identificação do recipiente e responsável pela ativação;
- Colocar os termossensíveis imersos em solução de detergente enzimático por um período de 5 minutos;
- Retirar da solução os termossensíveis e escová-los com escova de cerdas macias específica para lumens e canulados;
- Utilizar a pistola de água pressurizada para a limpeza de traquéias e artigos corrugados;
- Enxaguar em água corrente;
- Realizar inspeção para garantir a total retirada de matéria orgânica;
- Repetir a limpeza em caso necessário;
- Dispor o material molhado em campo de algodão, para iniciar secagem;
- Retirar luvas e descartar em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

69-DESINFECÇÃO, SECAGEM E PREPARO DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 69
Título: DESINFECÇÃO, SECAGEM E PREPARO DE MATERIAL TERMOSENSÍVEL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Desinfetar e preparar material termossensível.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs; livro de controle de validade da solução de cloreto de benzalcônio; fita reagente para monitorização de cloreto de benzalcônio; luvas e capotes e campos estéreis; compressas estéreis; pistola de ar comprimido; sacos plásticos; seladora para sacos plásticos; etiquetas identificadoras; caneta esferográfica.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Mensurar por meio de fita de monitorização a ativação da solução se por acaso o fabricante dispor desse monitoramento;
- Registrar, em livro de controle de validade de solução, data, nome do funcionário, identificação do recipiente, bem como fixar fita teste;
- Desprezar solução, quando mensuração for inativa, sem condições de uso visivelmente ou a cada 24 horas;
- Imergir os artigos termossensíveis em recipientes próprios, em solução diluída ou em pronto uso, durante o tempo preconizado pelo fabricante;
- Paramentar-se com capote estéril, luvas estéreis e os demais EPIs;
- Forrar o balcão com um campo estéril;
- Retirar o material da solução e enxaguar com água destilada;
- Secar com ar comprimido e compressa estéril;
- Após secagem, colocar os artigos em saco plástico;
- Identificar os artigos com data de validade de processamento, matrícula e nome do funcionário responsável pelo processamento e setor de origem;
- Inserir no interior da embalagem a etiqueta identificadora;
- Selar o saco plástico de forma a retirar o excesso de ar do interior da embalagem;

- Selar de forma uniforme, garantindo a integridade do artigo;
- Ligar a termodesinfetadora;
- Verificar se tem disponibilidade de detergente enzimático;
- Colocar o material ventilatório e inalatório, conforme orientação;
- Iniciar o processo de lavagem;
- Após o término, higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01, e retirar os artigos com luvas estéreis;
- Colocar sobre o tecido estéril;
- Secar com compressas estéreis e/ou ar comprimido;
- Colocar em sacos plásticos, selar, datar com prazo de validade e assinar;
- Retirar EPIs e descartar em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Passar o material para o arsenal, juntamente com a segunda via da comanda de controle.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

70-SOLICITAÇÃO DE MATERIAL E CAMPO ESTÉRIL À CME

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 70
Título: SOLICITAÇÃO DE MATERIAL E CAMPO ESTÉRIL À CME		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
Objetivo:	Suprir as necessidades dos setores referente a materiais.	
Abrangência:	Todos os setores do complexo hospitalar.	
Siglas:	CME – Central de Material e Esterilização.	
Competência:	Enfermeiro, técnico de enfermagem, maqueiro.	
Material necessário:	Comanda de controle; caneta; papel; carro adequado com tampa para transporte.	

PROCEDIMENTOS

- Verificar todos os procedimentos a serem realizados neste dia no mapa cirúrgico;
- Solicitar por escrito, em comanda específica, todos os materiais necessários, para suprir as necessidades dos setores;
- Solicitar apoio ao maqueiro plantonista com o transporte destes materiais em local adequado;
- Receber os materiais e os acondicionar no arsenal.

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

71-ENTREGA DE MATERIAL ESTERILIZADO (ARSENAL)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 71
ENTREGA DE MATERIAL ESTERILIZADO (ARSENAL)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Entregar materiais esterilizados e afins aos diversos setores do hospital para os procedimentos cirúrgicos e demais procedimentos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	O ₂ – Oxigênio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Protocolo do setor; caneta.	

PROCEDIMENTOS

- Entregar o material esterilizado, de acordo com o horário de entrega;
- Conferir o material a ser entregue;
- Protocolar o setor e horário que o material foi entregue;
- Assinar o protocolo do setor de forma legível;
- Verificar condições de embalagem e data de validade.

REFERÊNCIAS

- Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

72-RECEBIMENTO DE MATERIAL ESTERILIZADO PELO CENTRO CIRÚRGICO PROVENIENTE DA CM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 72
RECEBIMENTO DE MATERIAL ESTERILIZADO PELO CENTRO CIRÚRGICO PROVENIENTE DA CME		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Receber material esterilizado da CME e prover as salas cirúrgicas de material necessário para realização dos procedimentos cirúrgicos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Protocolo do setor; formulário específico para solicitação de material a CME em duas vias.	

PROCEDIMENTOS

1. Solicitar apoio ao maqueiro para o transporte dos materiais;
2. Preencher formulário específico de solicitação de materiais à CME, em duas vias, com quantidades e especificação de materiais cirúrgicos de forma legível, assinado e carimbado, abastecendo as cirurgias por expediente a cada 6h, de acordo com mapa cirúrgico entregue à CME com antecedência de 12h;
3. Entregar a solicitação ao maqueiro;
4. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
5. Conferir o material recebido, por meio da segunda via do formulário que deverá retornar com o maqueiro, junto ao material expedido;
6. Armazenar os artigos no arsenal do bloco, em local adequado (limpo, seco, com controle de temperatura em torno de 23°C, com circulação restrita de pessoas).

REFERÊNCIAS

- Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

73- EMBALAGEM DE ARTIGOS CIRÚRGICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 73
Título: EMBALAGENS DOS ARTIGOS CIRURGICOS		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.		
<u>Objetivo:</u>	Suprir as necessidades dos setores referente a materiais.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, maqueiro.	
<u>Material necessário:</u>	Embalagens para esterilização; etiquetadora; seladora. Checklis de instrumental.	

PROCEDIMENTOS

- Verificar o tipo de instrumental e sua forma de processo de esterilização, para avaliação da embalagem adequada;
- Atentar nos prazos de validade das embalagens (grau cirurgico 90 dias), (tyvek 365 dias), (manta sms 90 dias), (manta de algodão 07 dias) e (saco de alta densidade 15 dias);
- Realizar a selagem em equipamento específico e atentar no uso da fita para fechar o material;
- Realizar a identificação com as etiquetas de rastreabilidade manual, com lote, identificação do equipamento e identificação do colaborador responsável pela operação durante sua jornada de trabalho;

REFERÊNCIAS

Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

74- ACONDICIONAMENTO DOS ARTIGOS NOS EQUIPAMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 74	
ACONDICIONAMENTO DOS ARTIGOS NOS EQUIPAMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO			
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u>	2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Andréa Siqueira, Adriana de Melo. Felype Machado.			
<u>Objetivo:</u>	Suprir as necessidades dos setores referente a materiais.		
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.		
<u>Siglas:</u>	CME – Central de Material e Esterilização.		
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, maqueiro.		
<u>Material necessário:</u>	Luva antitermica; carro com rodilha para autoclave.		

PROCEDIMENTOS

- Acondicionar os devidos materiais com suas devidas embalagens, em autoclave ou vproxx;
- Não ultrapassar 80% sobre a capacidade do autoclave e não ultrapassar 23kg da vproxx;
- Ao término de ciclo do autoclave, manter material dentro do equipamento e só retirar em média após 00:40 min de término e na vproxx esperar em média de 00:05 min após o término para retirar o material esteril.
- Acompanhar o relatório impresso, sobre temperatura e tempo de esterilização: 134°C em 00:05 min sequenciais, podendo oscilar temperatura e tempo para cima.

REFERÊNCIAS

- Graziano KU, Silva A, Psaltikidis EM. Enfermagem em centro de material e esterilização. Barueri: Manole; 2011.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

75- ANGINA INSTÁVEL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 75
ANGINA INSTÁVEL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Emanuelli Ribeiro, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar uma assistência de Enfermagem segura ao paciente com angina instável minimizando a dor e o sofrimento cardíaco.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, UTI.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma; O2 – Oxigênio; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Monitor cardíaco; fonte de oxigênio; material para punção venosa; eletrocardiógrafo; tensiômetro; estetoscópio. <u>Medicamentos:</u> Oxigênio: melhorar o aporte para o músculo cardíaco; Nitroglicerina: vasodilatador coronariano reduz o consumo de O2 pelo miocárdio, diminuindo a isquemia e aliviando a dor; Propanolol: beta – bloqueador que reduz o consumo de O2, reduz a frequência cardíaca, a PA e o contratilidade do coração, reduzindo a dor; Bloqueadores dos canais de cálcio (Nifedipina, Verapamil e Diltiazem): diminuem a tonicidade do nó sinoatrial, resultando em uma frequência cardíaca mais lenta e uma diminuição da força de contração cardíaca. Além de dilatar as arteríolas coronarianas; Aspirina e ticlopidina: evita a agregação plaquetária, reduzindo a incidência de infarto e morte; Heparina: previne a formação de novos coágulos sanguíneos.	

PRÉ – PROCEDIMENTOS

- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;

- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Admitir o paciente na sala de emergência, elevar o decúbito do paciente;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Realizar ECG de 12 derivações;
- Verificar SSVV;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo procedimento;
- Realizar exames laboratoriais (troponina);
- Puncionar acesso venoso periférico calibroso;
- Repouso no leito com monitorização contínua;
- Oxigênio suplementar se saturação de oxigênio > 90%, desconforto respiratório ou congestão;
- Administrar medicações, conforme prescrição médica (nitroglicerina, beta bloqueadores dos canais de cálcio), tratamento com farmacos vasodilatadores, buscando o alívio a dor;
- Avaliar, registrar e relatar para o médico hipotensão, taquicardia e outra arritmia, alteração do estado mental, débito urinário reduzido (menos de 200 ml por 8 horas), membros hipotérmicos, úmidos ou cianóticos;
- Encaminhar para cateterismo cardíaco, se necessário;
- Oferecer apoio emocional.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer a ajuda do paciente;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não reutilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;

- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e resposta do paciente no prontário.

REFERÊNCIAS

- Hall JE, Guyton AC. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
- Martins SH Neto, Brandão RA Neto, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Manole; 2016.
- Potter P, Perry A. Fundamentos da enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

76-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 76
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Emanuelli Ribeiro, Stephanie D’Azevedo, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar uma assistência de Enfermagem segura minimizando as lesões miocárdicas incapacitantes, permitindo uma perfusão cardíaca e sistêmica adequada; Identificar precocemente os pacientes candidatos à terapia de reperfusão (percutânea, cirúrgica ou usode trombolíticos).	
<u>Abrangência:</u>	Emergência adulto, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Hemodinâmica, Enfermaria de Cardiologia adulto.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma; EPI – Equipamento de Proteção Individual; IAM – Infarto Agudo do Miocárdio; IV – Intra venosa; SSVV – Sinais Vitais; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Monitor multiparamétrico; estetoscópio; eletrocardiograma; fonte de oxigênio; material de oxigenoterapia; material para punção venosa e coleta de exames laboratoriais; medicamentos (analgésicos, vasodilatadores, antiagregantes e trombolíticos); soluções colóides e ou cristalóides; materiais descartáveis: seringas, agulhas, gaze e luvas de procedimento, eletrodos; EPIs.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;

- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Colocar EPIs (mascara, touca/gorro);
- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Instalar monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso;
- Verificar e registrar SSVV, conforme POP n° 10;
- Observar estado hemodinâmico atual;
- Avaliar característica e intensidade da dor (breve anamnese);
- Realizar ECG de 12 derivações, se necessário complementar com derivações à direita e ou posteriores;
- Manter decúbito elevado em 30°;
- Ofertar oxigênio, se necessário;
- Calçar as luvas de procedimento e puncionar dois acessos venosos periféricos calibrosos;
- Administrar analgésicos para controle da dor, conforme prescrição médica;
- Reavaliar intensidade e característica da dor;
- Administrar as medicações, conforme protocolo estabelecido para IAM (vasodilatador, antiagregante plaquetário e analgésico);
- Atentar para hipotensão/hipertensão e arritmias;
- Colher as enzimas cardíacas, quando necessário;
- Realizar radiografia de tórax para diagnóstico diferencial de Dissecção/Aneurisma de aorta;
- Se evidenciado supra desnivelamento de segmento ST, encaminhar paciente ao serviço de hemodinâmica, em caso de reperfusão coronariana percutânea; ao bloco cirúrgico, se optado por cirurgia de revascularização miocárdica; ao internamento em UTI ou Enfermaria para estratificação posterior, se indicado e/ou administração de trombolíticos IV, caso prescrito;
- Avaliar o estado hemodinâmico do paciente.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIAS

Henrique P. Infarto agudo do miocárdio. Rev. Angicor. 2016;216(16):1-2.

Hospital Sírio Libanês (BR). Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) [Internet]. São Paulo: Hospital Sírio Libanês (BR); [citado em 9 out. 2018]. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/documents/protocolo-sca.pdf>

Martins SH Neto, Brandão RA Neto, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Manole; 2016.

Piegas LS, Timerman A, Feitosa G, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015;105(2, Supl. 1):1-105.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry A. Fundamentos da enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

77-BRADIARRITMIAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 77
BRADIARRITMIAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Emanuelli Ribeiro, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem segura ao paciente com distúrbio do ritmo, proporcionando regularização do ritmo cardíaco assim como perfusão tissular adequada.	
<u>Abrangência:</u>	Emergências, UTI.	
<u>Siglas:</u>	FC – Frequência Cardíaca; PA – Pressão Arterial; SSVV – Sinais Vitais; ECG – Eletrocardiograma; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Fonte de oxigênio; cateter nasal; material para punção venosa; kit de marcapasso temporário; monitor cardíaco; tensiômetro; estetoscópio; eletrocardiógrafo.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Verificar e registrar SSVV, conforme POP n° 10;
- Realizar ECG de 12 derivações;
- Monitorização cardíaca (FC, PA e oximetria);
- Instalar cateter de oxigênio nasal, se saturação >90% ou em caso de desconforto respiratório;
- Puncionar acesso venoso periférico calibroso;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento;
- Administrar medicações, conforme prescrição médica, geralmente a droga de escolha na bradicardia é a atropina e após ela, drogas beta adrenérgicas (dopamina ou adrenalina);
- Providenciar a realização de exames laboratoriais;
- Preparar material para passagem de marcapasso transverso para rápida correção da FC, caso a instabilidade hemodinâmica seja refratária as medidas anteriores.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIAS

Martins SH Neto, Brandão RA Neto, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Manole; 2016.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry A. Fundamentos da enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

78-EDEMA AGUDO DE PULMÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 78
EDEMA AGUDO DE PULMÃO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Emanuelli Ribeiro, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem segura ao paciente com edema agudo de pulmão, diminuindo o volume circulante melhorando a perfusão e padrão respiratório.	
<u>Abrangência:</u>	Emergências, UTI.	
<u>Siglas:</u>	EAP – Edema Agudo de Pulmão; ECG – Eletrocardiograma; SSVV – Sinais Vitais; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Fonte de oxigênio; cateter nasal; cadeira com suporte; tensiômetro; estetoscópio; material para punção venosa. <u>Medicamentos:</u> Metroclopramida: redução do volume intravascular; Oxigênio úmido: melhorar o nível de O ₂ ; Morfina: reduz retorno venoso e diminui a dor; Aminofilina: broncodilatador quando existe sibilos na ausculta pulmonar; Nitroglicerina: vasodilatador diminuiu o retorno venoso e pressão pulmonar; Cedilanide: aumenta a força de contração cardíaca; Dobutamina: aumenta a força de contração cardíaca e discreta elevação da frequência cardíaca.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;

- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombo para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Realizar ECG para monitorar arritmias e insuficiência ventricular direita;
- Posicionar o paciente sentado para melhorar circulação
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Verificar SSVV, conforme POP n° 10;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Realizar ausculta cardíaca e pulmonar;
- Puncionar acesso periférico calibroso;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo procedimento;
- Realizar monitorização cardíaca contínua (controle rigoroso da pressão arterial);
- Administrar imediatamente oxigênio nasal para aliviar hipoxemia, angústia respiratória e cianose central;
- Colher gasometria (pois indica a necessidade do paciente ser intubado e manter em ventilação mecânica) e providenciar a realização de exames laboratoriais para monitorar eletrólitos;
- Administrar medicações, conforme prescrição médica (glicosídeos digitálicos, diuréticos e agentes antiarrítmicos);
- Passar cateter urinário de demora (se o paciente sofreu embolia maciça e está hipotenso para monitorar débito), conforme POP n° 28;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo procedimento

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;

- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIAS

Martins SH Neto, Brandão RA Neto, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. Rio de Janeiro: Editora Manole; 2016.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter P, Perry A. Fundamentos da enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

79- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 79
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Julianny dos Santos, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Garantir uma eficiente oxigenação por via mais rápida; Manter e proteger vias aéreas comprometidas; Viabilizar via para administração medicamentosa.	
<u>Abrangência:</u>	Emergências, Bloco Cirúrgicos e Obstétricos, UTI e UCI.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual; TOT – Tubo Orotraqueal; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva. SRAG- Síndrome Respiratória Aguda Grave	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Estetoscópio; cabo de laringoscópio; lâmina adequada para idade e/ou porte físico do paciente ; fio guia para cânula;cânula endotraqueal; reanimador manual com reservatório e máscara facial, de acordo com a idade; sonda de aspiração; látex; fontes de oxigênio e ar comprimido com manômetros; ventilador artificial equipado; seringa; gaze; óculos de proteção; touca descartável; máscara descartável; material para fixação da cânula (cadarço, elástico, esparadrapo hipoalergênico ou comum); luvas estéreis; luvas de procedimento; aspirador completo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione

ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo material próximo ao leito;
- Paramentar-se com EPIs e higienizar as mãos, conforme técnica descrita POP nº 01;
- Selecionar a cânula, de acordo com a idade e/ou porte físico do paciente;
- Testar o cuff do tubo endotraqueal com seringa, quando esse possuir;
- Preparar o laringoscópio e lâmina apropriada para idade e/ou porte físico do paciente;
- Testar aspirador, fonte de oxigênio e reanimador manual;
- Preparar fixação do TOT;
- Retirar próteses dentárias e realiar aspiração das secreções na cavidade oral e nasal, se necessário;
- Avaliar o posicionamento do paciente, colocar em posição dorsal e hiperestenda a cabeça e flexionar o pescoço;
- Ficar atento ao limite do procedimento não devendo ultrapassar 30 segundos;
- Dar suporte à equipe médica, durante o procedimento de intubação;
- Confirmar a posição do tubo endotraqueal, por meio da ausculta em região epigástrica, ápices e bases dos pulmões. Observar a simetria e movimento da caixa torácica;

- Em caso de suspeita de SRAG/ Covid 19 pinçar o TOT na ponta antes da inserção.
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com a seringa, quando essa possuir, a fim de evitar aspiração do conteúdo gástrico e retirar o clamp do TOT caso esteja pinçado ;
- Auxiliar na fixação da cânula endotraqueal, de acordo com a rotina do setor;
- Instalar o ventilador manual já com os devidos parâmetros correspondentes ao paciente;
- Garantir a realização do exame de raio X;
- Certificar que o paciente esteja devidamente monitorizado com oximetria de pulso;
- Avaliar rigorosamente: saturação de oxigênio, perfusão periférica e ritmo cardíaco;
- Realizar todas as anotações referentes ao procedimento;
- Repor o material utilizado e organizar a unidade, após o procedimento.

REFERÊNCIAS

Amantéa SL, Zanella MI, Piva JP, et al. Acesso a via aérea SAVP – Suporte Avançado de Vida em Pediatria: manual do provedor. [Dallas]: American Heart Association; 2003.

Cardoso L, Simoneti FS, Camacho EC, et al. Intubação oro-traqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2014;16(4):170-3.

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer N° 01/2015/Cofen/Comitê Excelência, Renovação, Inovação e Segurança do Cuidar [Internet]. Brasília: COFEN; 2015 [citado em 2 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-012015cofencomite-excelencia-renovacao-inovacao-e-seguranca-do-cuidar_37797.html/print/

Gomes GP, Rezende AA, Almeida JD, et al. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo oro-traqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UFPE on line. 2009;3(4):808-13.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

80-PREPARO DO PACIENTE PARA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 80
PREPARO DO PACIENTE PARA INTERNAÇÃO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Emanuelli Ribeiro, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Permitir o adequado acesso do paciente ao setor de internamento prestando uma assistência segura e humanizada.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Enxoval hospitalar; cadeira de rodas ou maca.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;

PROCEDIMENTO

- Identificar o paciente corretamente;
- Coletar dados e analisar informações sobre o estado de saúde do paciente;
- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Orientar o paciente e/ou responsável as normas do serviço;
- Organizar o leito de forma adequada, segura e confortável;
- Realizar a punção venosa, quando necessário;
- Acomode o paciente no leito;
- Manter comunicação efetiva, para conseguir fortalecer o cuidado de Enfermagem e contribuir com a qualidade e segurança da atenção hospitalar;
- Manter comunicação interdisciplinar;
- Garantir a segurança do paciente deve ser imperativo a inserção de boas práticas por parte dos profissionais atuantes;

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário

REFERÊNCIAS

- Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, et al. Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2877.
- Oliveira JK, Llapa-Rodriguez EO, Lobo IM, et al. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3017.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

81- ADMISSÃO DE PACIENTE GRAVE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 81
ADMISSÃO DE PACIENTE GRAVE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Adriana de Melo, Renata Nascimento, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Permitir ao paciente que sua recepção esteja voltada para as suas necessidades básicas; Direcionar o atendimento de Enfermagem prestado ao paciente em pós-operatório imediato das diversas cirurgias; Atender esses pacientes visando o seu pronto restabelecimento; Normatizar as condutas de Enfermagem	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	FC – Frequência Cardíaca; FR – Frequência Respiratória; PA – Pressão Arterial; PVC – Pressão Venosa Central; SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparar os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos, conforme POP n° 01;
- Recepcionar o paciente, após contato prévio com sua unidade de origem, chamando-o pelo nome, verificando seu estado geral e nível de consciência;
- Acomodar em seu leito previamente preparado;
- Inteirar-se dos problemas que ele apresenta;
- Prestar os cuidados imediatos, juntamente com a equipe multidisciplinar, de acordo com as necessidades;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Informar ao paciente acerca de seu estado clínico, caso este se encontre consciente e orientado;
- Tomar ciência da prescrição e dos exames solicitados;
- Registrar a admissão do paciente na emergência, se for o caso, realizando todas as etapas do Processo de Enfermagem;
- Traçar os diagnósticos de Enfermagem, bem como a prescrição de Enfermagem a serem seguidas;
- Verificar se os equipamentos (monitores, ventiladores, cardioversor, bombas de infusão e material de intubação) estão montados e testados;
- Manter os leitos preparados para a admissão com equipamentos e materiais (sondas de aspiração de diversos tamanhos; cateter de oxigênio; eletrodos; termômetro; luvas estéreis; luvas de procedimentos, fluxômetro; umidificador; aspirador; látex; Ambú);
- Verificar acessos venosos, drenos, curativos, sondas entre outros;
- Retirar próteses dentárias, vestes, adornos, entregando-os sob protocolo à família;
- Solicitar e anotar em prontuário telefone de contato dos familiares;
- Orientar os pacientes e familiares quanto às rotinas do setor;
- Comunicar a chegada do paciente ao médico plantonista;
- Executar prescrições médicas e prescrição de enfermagem;
- Verificar e registrar sinais vitais (FC, FR, PA, temperatura e SpO2);
- Realizar medidas de PVC e balanço hídrico, quando prescrito (pacientes com acesso venoso central), atenção devida à fixação do cateter, sinais flogísticos no local de inserção, mantendo acesso permeável e trocar curativo, sempre que necessário;
- Encaminhar à farmácia a segunda via da prescrição médica, solicitação de controlados e requisição de medicações não padronizadas;
- Conferir e organizar nas gavetas específicas as medicações dos pacientes comunicando as faltas e pendências existentes;
- Encaminhar exames solicitados, acompanhar e auxiliar, caso seja necessário;

- Organizar o prontuário, separando e arquivando o fluxograma de exames, admissão na emergência, evolução diária e clínica, resumo de alta, prescrição médica, balanço hídrico, evolução de Enfermagem, resultados de exames;
- Realizar coleta de culturas, conforme solicitação médica, registrando em relatório e encaminhando imediatamente;
- Realizar higiene corporal e oral;
- Realizar a admissão do paciente em prontuário, no relatório de Enfermagem, no livro de registro de pacientes e no censo diário, deixando em destaque observações importantes;
- Realizar pedidos necessários à farmácia;
- Agilizar coleta e resultados de exames diagnósticos;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 564/2017 [Internet]. 2017 [citado em 26 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

82-ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 82
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Paula Silva, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar a retirada de secreções das vias aéreas superiores e inferiores.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; SF – Soro Fisiológico; SNE – Sonda Nasoenteral; SNG – Sonda Nasogástrica; SOG – Sonda Orogástrica; TOT – Tubo Orotraqueal; TQT – Traqueóstomo.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta.	
<u>Material necessário:</u>	Gaze; luva estéril; SF 0,9%; sonda de aspiração traqueal compatível com o tubo endotraqueal e a via aérea do paciente; oxímetro de pulso; látex; seringa de 10 ml; ressuscitador manual; EPIs (óculos de proteção, gorro, máscara).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Reunir os materiais necessários (gaze, luva estéril, SF 0,9%, sonda de aspiração traqueal, látex, seringa de 10 ml);
- Colocar a máscara, gorro e óculos de proteção;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição dorsal de 30° a 45° e verificar sua monitorização;
- Testar o aspirador e/ou a saída de vácuo e conectar uma das extremidades do látex;
- Parar a infusão de dieta por SNG/SNE/SOG, se houver;
- Abrir a seringa e aspirar de 3 a 5 ml de SF 0,9% e reservar mantendo a seringa protegida;
- Abrir o pacote da sonda, de modo a expor somente a extremidade da sonda, que deve ser conectada firmemente à outra extremidade do látex;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Com a mão não dominante, segurar a extensão do látex e, com a mão dominante, retirar a sonda do invólucro, mantendo sempre o material estéril;
- Pinçar o látex ou a sonda com a mão não dominante e, com a mão dominante, introduzir a sonda na via aérea do paciente, utilizando SF 0,9% para lubrificação da via aérea;

- Soltar a pinça do látex ou sonda e aspirar com movimentos de semirrotação na sonda de aspiração, à medida que for tracionando a sonda para fora;
- Repetir o processo quantas vezes forem necessárias, mantendo intervalo entre as aspirações para que o paciente possa ventilar;
- Aspirar SF 0,9% para limpeza do látex e/ou extensão de aspiração;
- Desconectar a sonda utilizada e desligar o vácuo ou aspirador;
- Desprezar o conteúdo aspirado e lavar o frasco;
- Deixar o leito do paciente em ordem e retirar as luvas de procedimento;
- Desprezar material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Registrar o procedimento em impresso próprio: hora, quantidade e aspecto da secreção, intercorrências, se houver, e estado geral do paciente após o procedimento.

REFERÊNCIAS

Carmagnani MI, Fakh FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.

Sarmiento GJ. O ABC da Fisioterapia Respiratória. São Paulo: Manole; 2015.

83-ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTE INTUBADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 83
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTE INTUBADO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Paula Silva, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar a retirada de secreções das vias aéreas superiores e inferiores.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; SF – Soro Fisiológico; SNE – Sonda nasoenteral; SNG – Sonda Nasogástrica; SOG – Sonda Orogástrica; TOT – Tubo Orotraqueal; TQT – Traqueóstomo.	
<u>Competência</u> :	Enfermeiro, médico, fisioterapeuta.	
<u>Material necessário:</u>	Gaze; luva estéril; SF 0,9%; sonda de aspiração traqueal compatível com o tubo endotraqueal e a via aérea do paciente; oxímetro de pulso; látex; seringa de 10 ml; ressuscitador manual, EPIs (óculos de proteção, gorro, máscara).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir os materiais necessários (gaze, luva estéril, SF 0,9%, sonda de aspiração traqueal, látex, seringa de 10 ml);
- Colocar a máscara, gorro e óculos de proteção;
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
- Posicionar o paciente, em posição dorsal de 30 a 45° e verificar sua monitorização;
- Testar o aspirador e/ou a saída de vácuo e conectar uma das extremidades do látex;
- Parar a infusão de dieta por SNG/SNE/SOG, se houver;
- Abrir a seringa e aspirar de 3 a 5 ml de SF 0,9% e reservar mantendo a seringa protegida;
- Abrir o pacote da sonda, de modo a expor somente a extremidade da sonda, que deve ser conectada firmemente à outra extremidade do látex;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Com a mão não dominante, segurar a extensão do látex e, com a mão dominante, retirar a sonda do invólucro, mantendo sempre o material estéril;

- Segurar a sonda com a mão dominante e, com a mão não dominante, desconectar o circuito de ventilação mecânica;
- Pinçar o látex ou a sonda com a mão não dominante e, com a mão dominante, introduzir a sonda no tubo endotraqueal do paciente, utilizando SF 0,9% para lubrificação;
- Soltar a pinça do látex ou sonda e fazer a aspiração, com movimentos de semirrotação na sonda de aspiração, à medida que for tracionando a sonda para fora;
- Repetir o processo quantas vezes forem necessárias, mantendo um intervalo entre as aspirações, para que o paciente possa ventilar;
- Ventilar o paciente com ressuscitador manual nos intervalos das aspirações;
- Reconectar o paciente à ventilação mecânica;
- Repetir a operação na cavidade nasal e oral do paciente, sempre respeitando a ordem: TOT, nariz, boca;
- Aspirar SF 0,9% para limpeza do látex e/ou extensão de aspiração;
- Desconectar a sonda utilizada e desligar o vácuo ou aspirador;
- Desprezar o conteúdo aspirado e lavar o frasco;
- Deixar o leito do paciente em ordem e retirar as luvas de procedimento;
- Desprezar material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Registrar o procedimento em impresso próprio: hora, quantidade e aspecto da secreção, intercorrências, se houver, e estado geral do paciente após o procedimento.

REFERÊNCIAS

Carmagnani MI, Fakh FT, Canteras LM, et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. São Paulo: Guanabara Koogan; 2009.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n° 557/2017 [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado em 25 out. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html/print/

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.

Sarmiento GJ. O ABC da Fisioterapia Respiratória. São Paulo: Manole; 2015.

84-PUNÇÃO ARTERIAL PERIFÉRICA PARA GASIMETRIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 84
PUNÇÃO ARTERIAL PERIFÉRICA PARA GASIMETRIA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Cavalcanti, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Mensurar os valores do pH sanguíneo, da Pressão Parcial de Gás Carbônico (PaCO ₂) e de Oxigênio (PaO ₂), saturação da oxi-hemoglobina, íon bicarbonato (HCO ₃) e equilíbrio acidobásico.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias, UTIs, Emergência, Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; pH – Potencial Hidrogeniônico; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, médico.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs; gaze estéril ou algodão; luvas de procedimento; álcool 70%; seringa de 1 ml; agulhas de 13 x 4,5 mm e 25 x 7 mm; heparina sódica.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir o material;
- Identificar o paciente corretamente (verificar nome completo, número de registro ou atendimento);
- Confirmar dados da prescrição médica com os da pulseira e com o mesmo ou responsável;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou responsável, suas finalidades e suas possíveis complicações;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e mantê-lo confortável;
- Avaliar e selecionar os locais para a punção (preferencialmente a artéria radial);
- Realizar teste de Allen para punção em artéria radial. Se, o resultado do teste for negativo ou der impossibilidade de punção na artéria radial, poderão ser utilizadas as artérias braquial ou femoral;
- Utilizar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Localizar a artéria a ser puncionada com os dedos indicador e médio da mão não dominante (observar os marcos anatômicos), 2 a 3 cm proximal ao pulso onde a artéria é mais superficial;
- Realizar fricção da pele a ser puncionada com solução à base de álcool (álcool 70% ou Clorexidina alcoólica), aplicar a solução 30 segundos antes, em movimento de vai e vem (cada movimento deve ser realizado com um lado da gaze ou algodão, evitando que a sujidade retirada

volte para pele, por meio do lado contaminado), deixar secar espontaneamente e não tocar a pele posteriormente;

- Realizar a heparinização da seringa;
- Segurar a seringa com a mão dominante;
- Informar ao paciente o exato momento da introdução da agulha;
- Introduzir a agulha, na angulação adequada (artéria radial: 30° a 45°; braquial: 45°; femoral: 90°), com bisel voltado para cima, em direção ao fluxo sanguíneo e na distância de 0,5 a 1 cm distal do dedo indicador da mão não dominante; Nos casos de punção na artéria radial, utilizar a agulha 13 x 0,45 e, em casos de punção braquial e femoral, utilizar a agulha 25 x 7 mm;
- Avançar a agulha e a seringa com a mão dominante até atingir a artéria, enquanto continua palpando a artéria com a mão não dominante. Ao observar o retorno de sangue no canhão, a agulha não deverá mais ser avançada;
- Permitir que a seringa se encha com 1 ml de sangue;
- Se não for obtido sangue, não retirar a agulha da pele, em vez disso, tracione a agulha lentamente até que o bisel fique apenas debaixo da pele, redirecionar a agulha para o trajeto da artéria e introduzi-la novamente, até o retorno sanguíneo;
- Retirar a agulha no mesmo ângulo de inserção, de forma que não entre ar na seringa;
- Comprimir firmemente o local da punção com gaze ou algodão seco e limpo, por aproximadamente de 5 a 10 minutos ou até que não haja mais sangramento;
- Se necessário, realizar curativo compressivo;
- Observar local da punção em busca de hematoma ou surgimento de edema;
- Utilizar nova agulha para ocluir a seringa. Caso haja ar na seringa, eliminar rapidamente;
- Acondicionar a amostra em recipiente resfriado;
- Descartar apropriadamente todo o material utilizado, durante a intervenção;
- Remover os EPIs e descartar em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Registrar o procedimento no prontuário.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Araujo GM, Massariol AM, Santos AM, et al. Procedimento de gasometria arterial em Unidade de Terapia Intensiva: relato de experiência. Rev de Enferm. 2015;11(11):72-9.

Cheregatti AL, organizador. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Martinari; 2010. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 390/2011 [Internet]. Brasília: COFEN; 2011 [citado em 10 set 2018]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3902011_8037.html

Irwin RS, Rippe JM. Terapia intensiva. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Pinto JM, Saracini KC, Lima LC, et al. Gasometria arterial: aplicações e implicações para a enfermagem. Rev. Amazônia Science & Health. 2017;5(2):33-9.

85-COLETA DE GASIMETRIA ARTERIAL, PELO CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 85
COLETA DE GASIMETRIA ARTERIAL, PELO CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Stephanie D’Azevedo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Colher gasometria arterial pelo circuito de pressão invasiva, com o objetivo de realizar a análise frequente do equilíbrio ácido-base, por meio de coleta de amostra de sangue arterial.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de terapia intensiva adulto, Emergências adulto e Bloco cirúrgico.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; PAI – Pressão Arterial Invasiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; máscara cirúrgica, avental; touca cirúrgica; álcool 70%; gaze estéril; swab álcool; seringa de 10 ml; seringa 1 ml; heparina não fracionada 5.000 U/ml.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Preparar material e ambiente;
- Utilizar EPI (luvas de procedimento, máscara cirúrgica e avental);
- Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar desinfecção do frasco de heparina 5.000 U/ml com álcool 70%;
- Heparinizar a seringa de 1 ml;
- Fechar a pinça do rolete do equipo;
- Fazer a desinfecção da torneirinha proximal, principalmente na sua tampa protetora, com gaze embebida em álcool 70% ou swab álcool;
- Remover a tampa protetora da torneirinha e reservá-la de modo que não a contamine;
- Conectar seringa de 10 ml na torneirinha;
- Fechar o fluxo em direção a solução salina, deixando aberto o fluxo entre a seringa e artéria;
- Aspirar 5 ml de sangue, a fim de remover a solução salina da extensão proximal do equipo;
- Fechar o fluxo no sentido para a artéria e retirar a seringa, reservando-a em local adequado, para posterior descarte em recipiente de resíduo infectante;
- Conectar a nova seringa (1 ml) de coleta de amostra na torneirinha proximal;
- Fechar o fluxo em direção da solução salina, deixando aberto o fluxo entre a seringa e artéria;
- Aspirar a amostra de sangue com a seringa de 1 ml;

- Fechar o fluxo da torneirinha no sentido para o ambiente, retirar a seringa, remover bolhas de ar, se houver, e acoplar suas respectivas tampas protetoras;
- Reservar amostra coletada em local adequado;
- Realizar o flush, para remover o sangue residual e lavar o circuito com a solução salina do kit de PAI;
- Reposicionar a tampa protetora da torneirinha proximal;
- Abrir a pinça do rolete do equipo;
- Checar a onda pressórica no monitor, afim de detectar problemas ou obstrução no circuito;
- Identificar a seringa e encaminhar ao laboratório ou aparelho de gasometria, imediatamente;
- Descartar o material, manter o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Realizar o registro de Enfermagem do procedimento e utilização de material.

REFERÊNCIAS

- Araújo S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos: aspectos técnicos e práticos. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2003;15(2):70-7.
- Dias FS, Rezende E, Mendes CL, et al. Parte II: monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. *Rev. bras. ter. Intensiva*. 2006;18(1):63-77.
- Knobel E. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Lucas RM. *Canulação arterial percutânea como competência do enfermeiro [dissertação]*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva; 2014.
- Palomo JD. *Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados*. São Paulo: Manole; 2007.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

86-MONTAGEM DE CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 86
MONTAGEM DE CIRCUITO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Flávia Tolêdo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Preparar material para punção de artéria para monitorização invasiva da pressão arterial.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de terapia intensiva adulto, Emergências adulto e Bloco cirúrgico.	
<u>Siglas:</u>	EPI: Equipamento de Proteção Individual; mmHg: Milímetro de Mercúrio; PAI: Pressão Arterial invasiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Álcool 70%; suporte de soro; suporte para o sistema transdutor de pressão; bolsa pressurizadora; heparina não fracionada 5000 U/ml; seringa de 1 ml; etiqueta para identificação do soro; etiqueta de identificação do transdutor (acompanha o kit descartável); kit transdutor de pressão descartável com sistema de irrigação acoplado; SF 0,9% 500 ml; luvas de procedimento; cabo de pressão invasiva; monitor multiparamétrico com módulo de pressão invasiva.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

A utilização de dispositivo de pressão arterial invasiva permite monitorização hemodinâmica beira-leito, possibilitando o reconhecimento precoce e terapêutica subsequente dos distúrbios hemodinâmicos, embasados em dados numéricos mais fidedignos do que a avaliação clínica isolada. É indicada para diagnóstico complementar ou diferencial, elucidação diagnóstica e auxílio no manuseio de situações clínicas complexas e instáveis.

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Preparar material e ambiente;
- Utilizar EPI;
- Identificar-se e explicar o procedimento, caso o paciente esteja no leito;
- Realizar desinfecção do frasco de heparina 5.000 U/ml com álcool 70%;
- Aspirar 1 ml de heparina sódica;
- Realizar a desinfecção do SF 0,9% 500 ml com álcool 70% e adicione 1 ml de heparina aspirada;
- Identificar o soro fisiológico adequadamente, com nome, leito, registro, data, hora, nome o profissional que preparou e número do Conselho de Enfermagem;
- Adaptar o equipo do kit transdutor ao soro;
- Colocar o SF 0,9% adaptado anteriormente ao kit transdutor em uma bolsa pressurizadora, mantendo-a insuflada a uma pressão entre 150 e 300 mmHg;
- Colocar a bolsa pressórica em um suporte de soro próximo ao local de punção da artéria;

- Posicionar o transdutor em seu suporte de transdutor, adaptando-o ao cabo e ao módulo do monitor multiparamétrico;
- Remover todo o ar do sistema acionando a válvula intraflow de maneira a preencher todo o circuito com solução salina heparinizada, a torneirinha e o cateter rígido extensor para o cateter arterial;
- Identificar o sistema com adesivo do kit transdutor correspondente;
- Recolher o material, manter o ambiente organizado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Registrar o procedimento e material utilizado em prontuário.

REFERÊNCIAS

- Araújo S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos: aspectos técnicos e práticos. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2003;15(2):70-7.
- Dias FS, Rezende E, Mendes CL, et al. Parte II: monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2006;18(1):63-77.
- Knobel E. *Terapia intensiva: enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2006.
- Lucas RM. *Canulação arterial percutânea como competência do enfermeiro [dissertação].* São Paulo: Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva; 2014.
- Palomo JD. *Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados.* São Paulo: Manole; 2007.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem.* 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

87-MANUSEIO DO ACESSO VENOSO CENTRAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 87
MANUSEIO DO ACESSO VENOSO CENTRAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Cavalcanti, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Promover boas práticas no manuseio e curativo do Acesso Venoso Central.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	AVC – Acesso Venoso Central; NPT – Nutrição Parenteral Total; SF – Soro Fisiológico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento estéreis; luvas de procedimento; gaze estéril; Clorexidina alcoólica; álcool 70%; seringa de 10 ml; SF 0,9%; dispositivos de múltipla infusão; conectores de sistema fechado; equipamentos; bandeja.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir os materiais;
- Confirmar prescrição com os dados da pulseira de identificação. Se o paciente estiver acompanhado, confirmar os dados com o responsável;
- Comunicar procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento estéreis;
- Friccionar com gaze estéril embebida em solução alcoólica de 5 a 15 segundos, com movimentos circulares contínuos;
- Manter técnica asséptica na manipulação do cateter;
- Verificar se o cateter encontra-se pérvio, testando fluxo e refluxo do mesmo;
- Ao realizar infusão de medicações, lavar acesso com seringa de 10 ml de SF 0,9%;
- Observar possíveis sinais de extravasamento de soluções;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01.

OBSERVAÇÕES

- Os dispositivos de múltiplas infusões (tampinhas) são de uso único. Caso contamine, desprezar;
- Nos casos de Conector de Sistema Fechado, realizar a desinfecção com gaze estéril embebida de solução alcoólica e administrar as soluções. Caso o conector contamine, desprezar;
- As trocas dos dispositivos de múltiplas infusões e conectores de sistema fechado devem realizadas a cada 96h;

- Nos casos de paciente em uso de Nutrição Parenteral Total (NPT) realizar a troca do equipo a cada 24h;
- Evite desconectar os equipos do cateter.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Barbosa CV, Canhestro MR, Couto BR, et al. Saberes da equipe de enfermagem sobre cuidados com cateter venoso central. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(11):4343-50.

Ferreira JM. Incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central e os cuidados de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes [monografia]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2017.

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Manual da CCIH: orientações para o manejo e controle de microorganismos multirresistentes no ambiente hospitalar. Vol. 1. Recife: IMIP; 2015.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

88-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 88
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Stephanie D’Azevedo, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória (PCR) para um melhor atendimento frente às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).	
<u>Abrangência:</u>	Emergência adulto, Enfermarias adulto, Unidade de Terapia Intensiva adulto.	
<u>Siglas:</u>	AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso; FV – Fibrilação Ventricular; PCR – Parada cardiorrespiratória; RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar; TV – Taquicardia Ventricular; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Fonte de oxigênio com fluxômetro; umidificador; material de oxigenoterapia; bolsa-válvula-máscara; carro de urgência contendo medicações e materiais para intubação (cânula endotraqueal, fio guia para intubação látex, laringoscópio, fixação de cânula endotraqueal, material para aspiração de vias aéreas); desfibrilador/cardioversor; monitor multiparamétrico; tábua rígida; materiais para punção venosa; gel condutor; materiais descartáveis: seringas, agulhas, gaze e luvas de procedimento, máscara, gorro, eletrodos.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione

ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Em caso de paciente irresponsivo, realizar avaliação de suporte básico de vida (chamar pelo paciente, checar pulso central – carotídeo ou femoral, ausência de movimentos respiratórios ou presença de gasping agônico);
- Em caso de paciente consciente, realizar avaliação de suporte avançado de vida;
- Se pulso ausente, zerar decúbito, iniciar as compressões torácicas externas e acionar a equipe, para providenciar material necessário (carro de urgência completo);
- Iniciar as compressões torácicas, na modalidade de 30 compressões sobre superfícies rígidas (placa de madeira ou acrílico instalada no paciente); duas ventilações de resgate com dispositivo bolsa-válvula-máscara ligado à rede de oxigênio, se paciente sem via aérea artificial. Caso esteja em uso de via aérea artificial, iniciar compressões ininterruptas por 2 minutos e uma ventilação de resgate com dispositivo bolsa-válvula-máscara ligado à rede de oxigênio a cada 6 segundos (média de 10 por minuto) – >100 por minuto – permitindo total retorno do tórax, a cada compressão;
- Checar ritmo a cada 5 ciclos (30:2) ou a cada 2 minutos;

- Se ritmo chocável – FV ou TVSP, realizar desfibrilação com carga de 360 joules, se desfibrilador monofásico ou 220 joules, se bifásico e assim que possível iniciar protocolo FV/TVSP. Se ritmo não chocável – AESP/ Assistolia, seguir protocolo específico;
- Instalar monitorização contínua com o auxílio do monitor multiparamétrico completo, caso não esteja na unidade de terapia intensiva ou sob monitorização prévia;
- Registrar tempo total de reanimação cardiopulmonar, tempo entre os ciclos, medicações utilizadas, ritmos eletrocardiográficos e tempo entre as medicações utilizadas (Delegar funções
 - – alternar compressões cardíacas externas a cada ciclo entre os profissionais);
- Puncionar acesso calibroso para administração de medicações;
- Administrar medicações, conforme solicitação do líder da equipe (epinefrina, lidocaína, amiodarona, à depender do ritmo da PCR);
- Preparar materiais para via área avançada, caso paciente não o tenha;
- Realizar cuidados pós – RCP (controle de temperatura, estabilização hemodinâmica, garantir suporte ventilatório, prevenir nova PCR, avaliar etiologia e prognóstico);
- Desprezar materiais utilizados em recipientes próprios;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Registrar parâmetros de monitorização contínua;
- Realizar registro de Enfermagem com as informações pertinentes no prontuário;
- Caso não esteja na UTI, solicitar vaga na unidade de terapia intensiva, passar o caso e transferir com segurança para UTI.

REFERÊNCIAS

- Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, et. al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2, Supl. 3):1-221.
- Hazinski MF, Shuster M, Donnino MW, et. al. Destaques da American Heart Association 2015: atualização das Diretrizes de RCP e ACE. [Dallas]: American Heart Association; 2015.
- Ministério da Saúde (BR). Protocolos de intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

89- VENTILAÇÃO MECÂNICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 89
VENTILAÇÃO MECÂNICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Paula Silva, Adriana de Melo, Antoniel Barboza, Cinthia Lira.		
<u>Objetivo:</u>	Manter a regularidade do ciclo respiratório e consequentemente das taxas dos gases sanguíneos, para o equilíbrio ácido básico do metabolismo.	
<u>Abrangência:</u>	UTIs.	
<u>Siglas:</u>	RN – Recém-nascido; TOT – Tubo Orotraqueal; TQT – Traqueóstomo; UTI – Unidade de Terapia intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos antes e após a manipulação do ventilador mecânico, dos circuitos respiratórios e do paciente em uso de ventilação mecânica, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar luvas estéreis;
- Explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento;
- Manter vigilância constante quanto ao padrão respiratório, nível de consciência, coloração das mucosas, expansão torácica, batimento da asa do nariz, saturação;
- Observar a ocorrência de alto pico de pressão inspiratória, indicando elevada resistência pulmonar, na presença de tosse ou acúmulo de secreção;
- Manter vigilância sobre os circuitos do ventilador mecânico quanto ao posicionamento, escape de ar ou tração das traquéias;
- Atentar para a fixação adequada do TOT e TQT, durante a manipulação do paciente e a fixação do circuito respiratório;
- Fazer higiene oral de 6 em 6h com Clorexidina aquosa a 2% (RNs Clorexidina a 1%, e SF em premeturos extremos);
- Trocar a fixação sempre que necessário, usando posições diferentes, preferencialmente feitas por duas pessoas, evitando a não conformidade de extubação acidental e prevenindo lesões na língua, região labial e face;
- Atentar continuamente para sinais de mau posicionamento do TOT e TQT;
- Prevenir lesões traqueais, evitando tração do TOT e TQT;
- Trocar filtro bacteriológico a cada 72h para adequada umidificação do aporte ventilatório ou sempre que necessário;

- Durante o uso de prótese ventilatória, a manipulação do paciente deve-se ser considerar como posição correta do TOT, quando o número da fixação coincidir com a comissura labial, evitando a exteriorização do mesmo.
- Registrar em prontuário a assistência prestada e as intercorrências.

REFERÊNCIAS

Amantéa SL, Zanella MI, Piva JP, et al. Acesso a via aérea SAVP – Suporte Avançado de Vida em Pediatria: manual do provedor. [Dallas]: American Heart Association; 2003.

Gomes GP, Rezende AA, Almeida JD, et al. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UFPE on line. 2009;3(4):808-13.

Ministério da Saúde (BR). Protocolos de intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.

90- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 90
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> : Stephanie D’Azevedo, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar ma assistência de Enfermagem segura aos pacientes com Insuficiência Cardíaca, melhorando a contratilidade e a perfusão tecidual, prevenindo sintomas de baixo débito cardíaco e congestão pulmonar associados à falência ventricular.	
<u>Abrangência:</u>	Emergências Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica Adulto, Enfermaria da Cardiologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma; EPI – Equipamento de Proteção Individual; IC – Insuficiência Cardíaca; O2 – Oxigênio; SVD – Sonda Vesical de Demora.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Monitor multiparamétrico; estetoscópio; eletrocardiograma; fonte de oxigênio; material de oxigenoterapia; material para punção venosa periférica ou central, se necessário; coleta de gasometria arterial e exames laboratoriais; medicamentos (inotrópicos, vasodilatadores, diuréticos); material para sondagem vesical de demora, se necessário; materiais descartáveis: seringas, agulhas, gaze e luvas de procedimento, eletrodos, EPIs.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;

- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

- Colocar EPIs (máscara, touca/gorro);
- Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Instalar monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso;
- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Avaliar padrão hemodinâmico e respiratório;
- Manter decúbito elevado em 30°, repouso no leito e ofertar oxigênio, se necessário;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Realizar ECG de 12 derivações;
- Colher gasometria arterial e exames laboratoriais;
- Calçar as luvas de procedimento e puncionar acesso venoso periférico calibroso;
- Administrar inotrópicos, diuréticos e vasodilatadores/vasopressores, conforme prescrição médica;
- Avaliar permeabilidade de acesso venoso periférico, se necessário, organizar material para punção venosa central;
- Monitorar débito urinário após administração de diuréticos, caso necessário, realizar cateterismo vesical de demora;
- Avaliar continuamente estado hemodinâmico (nível de consciência, perfusão tissular periférica e débito urinário e pressão arterial);
- Manter restrição hídrica, conforme solicitação médica;
- Manter decúbito elevado e posicionamento adequado e confortável no leito;
- Realizar registro de balanço hídrico e sinais vitais rigorosos;
- Manter dieta zero até melhora do padrão respiratório, se necessário;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;

- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIAS

Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, et al. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. Arq. Bras. Cardiol. 2012;98(1):1-33.

Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ferreira SM, et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 Supl. 1):1-71.

Harzheim E, Agostinho MR, Katz N, organizadores. Protocolos de encaminhamento para Cardiologia Adulto. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

91-INSERÇÃO DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 91
INSERÇÃO DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Stephanie D’Azevedo, Adriana de Melo, Claudia Ribeiro.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar cuidados diretos ao paciente em uso de marcapasso cardíaco.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Emergências Adulto, Bloco Cirúrgico.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma; FC – Frequência Cardíaca; MCP – Marcapasso transvenoso; SSVV – Sinais Vitais. NIR – Núcleo Interno de Regulação.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Cabo de marcapasso (eletrodo bipolar) e gerador de marcapasso; bainha introdutora; material de punção de acesso venoso central; Clorexidina degermante; Clorexidina alcoólica; campo e avental estéreis; máscara cirúrgica; touca cirúrgica; óculos de proteção; luva estéril cirúrgica; micropore; seringas de 5 ml e 10 ml; agulhas 40 x 12 ou 25 x 7; lidocaína 2% sem vasoconstritor; fio sutura (nylon 3-0); lâmina de bisturi número 11; gazes estéreis; monitor cardíaco; aparelho de ECG; equipo macrogotas; polifix 2; SF 0,9% 250 ml; carro de urgência e material para via aérea avançada; termômetro; tensiômetro; estetoscópio.	

PRÉ-PROCEDIMENTOS

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Comparare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Realizar a higiene das mãos antes de cada contato com um novo paciente, conforme POP nº 01;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Certificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;

- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas / biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

PROCEDIMENTO

O marcapasso cardíaco é um método artificial de estimulação do miocárdio que utiliza um gerador de impulsos elétricos e eletrodos que transmitem estes impulsos até o coração para produzir a sua contração. São utilizadas situações clínicas em que ocorrem falhas no mecanismo de geração ou condução do impulso elétrico.

- Higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Promover a participação do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Preparar material;
- Avaliar necessidade de tricotomia no local de inserção do dispositivo;
- Orientar o paciente os cuidados pós-inserção do dispositivo;
- Testar e checar funcionamento do gerador e bateria;
- Instalar monitorização cardíaca, caso não tenha;
- Avaliar estado hemodinâmico do paciente;
- Durante a passagem do marcapasso, avaliar o aparecimento de espículas no monitor cardíaco que serão responsáveis pelo ritmo cardíaco, com comandos previamente estabelecidos no gerador de marcapasso pelo médico;
- Atentar para o aparecimento de arritmias, durante a passagem do eletrodo bipolar;
- Estar atento para sinais de instabilidade hemodinâmica;
- Adaptar os terminais do eletrodo no gerador de pulso, respeitando pólos (-) e (+);
- Auxiliar no ajuste das modalidades do MCP e registrar ECG;
- Checar no pulso a frequência do MCP;
- Realizar registro diário de ECG, com MCP ligado e desligado e monitorização contínua;
- Fixar o gerador de pulso em local seguro evitando deslocamento do eletrodo;
- Manter o paciente em repouso absoluto;
- Controlar tempo de inserção do MCP;
- Controlar SSVV; Avaliar FC e Ritmo cardíaco, se a modalidade do MCP está adequada à clínica do paciente e identificar problemas no gerador ou deslocamento do eletrodo;
- Atentar a temperatura: avaliar sinais de infecção;
- Realizar curativo, conforme protocolo institucional;

- Aguardar radiografia para confirmar a localização do introdutor e eletrodo e afastar possíveis iatrogenias;
- Realizar monitorização cardíaca contínua;
- Solicitar vaga na unidade de terapia intensiva, ao NIR, quando não estiver internado na mesma;
- Atentar as possíveis complicações do uso do dispositivo: pneumotórax, arritmias, falha do gerador de pulso, hematoma, infecção, deslocamento do eletrodo e sangramento.

PÓS-PROCEDIMENTO

- Descartar itens no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, e higienizar as mãos, conforme POP nº 01;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário.

REFERÊNCIAS

- Cintra EA, Nischide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Motta AL. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Látia; 2003.
- Palomo JD. Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados. São Paulo: Manole; 2007.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

92- ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 92
ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Viviane Araújo, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situação eventual de risco, devendo para tal, dispor de capacidade para prestar manobras básicas de reanimação, segundo o protocolo clínico estabelecido pela Associação Brasileira de Pediatria.	
<u>Abrangência:</u>	Centro Obstétrico, Pré-Parto e Centro de Parto Normal.	
<u>Siglas:</u>	COB – Centro Obstétrico; CPN – Centro e Parto Normal; HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana; OMS – Organização Mundial da Saúde; PP – Pré-parto; RN – Recém-nascido; SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria; SNG – Sonda Nasogástrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Material de biossegurança (óculos de proteção, luvas, aventais impermeáveis, propés); campos estéreis; gases; compressas; aspirador; fonte de oxigênio; equipamentos para auxiliar na ventilação e intubação (<i>baby puff</i> , reanimador manual, máscaras de silicone, laringoscópio com lâminas retas nº 00, 0 e 1); estetoscópio de RN; oxímetro de pulso para RN; berço para reanimação (com aberturas laterais); incubadora de transporte; kit de assistência ao RN (confeccionado pela farmácia); tubo com anticoagulante; colírio de Iodopolvidona 2,5%; balança digital; antropômetro; fita métrica; pulseiras de identificação.	

Introdução

A maioria dos nascimentos ocorre entre as mulheres sem fatores de risco e com potencial mínimo para complicações maternas e fetais. No entanto, a hora do nascimento requer cuidados específicos por se tratar de um momento crítico que provoca alterações fisiológicas para a mãe e o bebê. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda fortemente que os cuidados imediatos do recém-nascido (RN) contenham o mínimo de intervenções possíveis com o intuito de propiciar o fortalecimento do vínculo materno-RN nas primeiras 24h de vida. Promovendo o contato pele a pele e estimulando o aleitamento materno precoce. Além da importância do aleitamento, o contato precoce estimula a colonização do bebê pelos microorganismos maternos, que é considerado saudável e necessário para o seu desenvolvimento nos próximos anos de vida.

Porém, em casos de complicações que necessitem de intervenções, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) descreve sobre a importância de haver uma equipe adequadamente treinada para iniciar

e/ou realizar as manobras de reanimação neonatal, pois, a qualidade e agilidade nesse processo colaboram com a redução da mortalidade neonatal.

Desta forma, é recomendada avaliação completa e individualizada para que possamos garantir uma assistência segura e de qualidade.

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;

- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Montar e checar todos os materiais necessários para admissão do RN e conferir se estão funcionando;
3. Colher informações da gestante e observar o processo do parto;
4. Utilizar medidas de precauções universais para exposição a fluidos corporais (óculos de proteção, luvas, aventais impermeáveis, propés);
5. Promover contato imediato, pele a pele entre mãe e RN na primeira hora de vida, retardar as condutas para após a primeira hora (hora dourada), tais como administração de vitamina K, colírio, medições e pesagem caso o RN tenha nascido em boas condições de vitalidade;
6. Avaliar as condições do nascimento por meio do escore de Apgar no 1º e 5º minuto, e realizar avaliação geral da vitalidade;
7. Envolver o RN em campos aquecidos e estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, conferindo previamente o resultado do teste rápido para HIV;
8. Após a primeira hora (hora de ouro), realizar os procedimentos de rotina de preferência no mesmo ambiente onde estiver a mãe e explicar cada procedimento;
9. Clampear tardiamente o cordão umbilical a uma distância de 2 a 3 cm do anel umbilical, com exceção dos casos que necessite do clampeamento imediato;
10. Coletar sangue do coto umbilical, para tipagem sanguínea;
11. Administrar 1 mg de vitamina K como profilaxia para doença hemorrágica precoce e tardia;
12. Promover a profilaxia contra infecção gonocócica, por meio da instilação do colírio de IODOPOLVIDONA 2,5%, sendo uma gota em cada olho e nos RNs de sexo feminino acrescentar duas gotas na vagina;
13. Executar a pesagem e aferição das medidas antropométricas;
14. Realizar o exame físico simplificado;
15. Realizar identificação do RN, por meio da colocação de uma pulseira contendo os dados do nascimento e nome da genitora (nome da mãe, data de nascimento, hora, sexo e tipo de parto), quando pertinente deverá colocar outra pulseira com o nome do genitor juntamente com os dados do nascimento;
16. Nos casos que necessitem manobras de reanimação, solicitar ajuda;
17. Colocar o RN sob fonte de calor radiante, quando necessário;
18. Seguir os passos recomendados pela Sociedade Brasileira de Pediatria;

19. Transportar para Unidade Neonatal na incubadora de transporte, quando necessário, após contato prévio;
20. Comunicar a mãe e acompanhante presente todo procedimento e condutas tomadas;
21. Estimular o processo de amamentação, quando binômio não apresentar risco;
22. Encaminhar para o RN, se clinicamente estáveis, ao alojamento conjunto, juntamente com a mãe;
23. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01.

REFERÊNCIAS

- Almeida MF, Guinsburg R. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da sociedade brasileira de pediatria. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2016.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- World Health Organization. WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013

93-PESAGEM DO RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº:93
PESAGEM DO RECÉM-NASCIDO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Verificar e acompanhar o peso do recém-nascido.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência Pediátrica; Enfermarias; Alojamento Conjunto; Sala de Parto; Unidade Neonatal.	
<u>Siglas:</u>	RN – Recém-nascido.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Balança neonatal; álcool etílico 70%; compressa para limpeza; impresso de anotação de enfermagem.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Realizar a limpeza prévia da balança com pano de limpeza e **álcool 70%**;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Explicar ao responsável o procedimento a ser realizado;
4. Conferir com o responsável os dados contidos na pulseira de identificação do RN;
5. Testar previamente os equipamentos e materiais necessários;
6. Retirar as vestes do RN;
7. Envolver o RN com um lençol previamente pesado;
8. Tarar a balança;
9. Colocar o RN envolvido com o lençol sobre a balança (com peso previamente conhecido), no prato da balança;
10. Aguardar a estabilização do peso;
11. Descontar o peso do lençol;
12. Vestir o recém-nascido, com auxílio da mãe (caso tenha condições e/ou esteja presente)
13. Desligar a balança e limpá-la com **álcool 70%**;
14. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
15. Anotar o peso em impresso próprio.

REFERÊNCIA

Hockenberry MJ, Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

94-BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM- NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 94	
BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO			
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022		<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Leslie Fernandes, Adriana de Melo.			
<u>Objetivos:</u>	Retirar sujidades; Prevenção de infecções cutâneas e infecções cujo sitio inicial é a pele; Provocar menos instabilidade térmica, menos irritabilidade e mais organização comportamental; Promover conforto e bem-estar da mãe e do RN.		
<u>Abrangência:</u>	Sala de Parto, PPP, Unidade Neonatal, Alojamento Conjunto, Enfermarias.		
<u>Siglas:</u>	CPN – Central de Parto Normal; RN – Recém-nascido.		
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.		
<u>Material necessário:</u>	Água morna; sabonete neutro sem perfume e sem corantes; algodão; bacia; balde; banheira infantil ou cúpula acrílica; pano macio; toalha.		

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Reunir e organizar os materiais necessários e preparar um ambiente adequado, sem corrente de ar e com baixa iluminação;
- Explicar aos reponsaveis sobre o procedimento;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Encher a bacia, balde ou banheira infantil com água morna (35 a 36°C);
- Verificar a temperatura axilar do RN antes de iniciar o banho, que deverá estar entre 36,5°C e 37,5°C;
- Retirar a roupa do RN e realizar a limpeza íntima, se houver presença de urina e/ou fezes, com algodão úmido e sabonete neutro;
- Enrolar o RN em um pano macio, deixando expostos a cabeça e o rosto;
- Colocar o RN envolto com o pano, lentamente, dentro da bacia, balde, banheira infantil ou cúpula acrílica, de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço;
- Iniciar o banho de imersão lavando e secando a cabeça e o rosto suavemente e sem esfregar;
- Abrir a coberta por partes e prosseguir com a lavagem corporal com sabão neutro, no sentido cefalo caudal;
- Retirar o RN da água envolto em panos secos;
- Enxugar todo o corpo do RN cuidadosamente;
- Realizar curativo do coto umbilical com álcool a 70%;
- Vestir o RN de forma rápida para evitar hipotermia;
- Finalizar o procedimento com a organização do local;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;

- Registrar em prontuário qualquer intercorrência.

REFERÊNCIAS

Carvalho VO, Markus JR, Abagge KT, et al. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. [São Paulo]: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2015.

Freitas P, Munhoz MM, Costa P, de et al. Efeito de duas técnicas de banho de imersão na temperatura axilar de recém-nascidos pré-termos: estudo piloto. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(1):111- 222.

Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

95-CONTROLE TERMONEUTRO DO RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 95
CONTROLE TERMONEUTRO DO RECÉM-NASCIDO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Marina de Lima, Adriana de Melo, Dafne Barcala, Thaís Alcântara, Larissa Ferreira, Izabella Peixoto		
<u>Objetivo:</u>	Restabelecer a temperatura termoneutra, mantendo entre 36,5°C a 37,5°C em neonatos a termo e 36,3°C a 36,9°C em prematuros.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, Unidade de Cuidados Intermediários e Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Siglas:</u>	O2 – Oxigênio; RN – Recém-nascido; RX – Raio X.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Incubadora de parede dupla ou com umidificação; berço com calor radiante; termômetro; algodão ortopédico; saco plástico, touca	

DEFINIÇÃO

1. Normotermia: 36,5°C a 37,5 °C
2. Hipotermia : < 36,5 °C
3. Hipertermia: > 37,5 °C

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione

ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo material;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Verificar a temperatura, conforme rotina do setor (horário de verificação);
- Manter o RN em incubadora (com ou sem umidificação, dependendo da idade gestacional e do peso de nascimento) ou em berço aquecido com temperatura adequada para manter a temperatura em níveis normais, mantendo entre 36,5°C a 37,5 °C em neonatos a termo e 36,3°C a 36,9 °C em prematuros. Ligar umidificação em 80% se peso < 1000g ou idade gestacional < 30 semanas.

Peso ao nascer	Temp. Inicial da incubadora
< 1001g	36 – 37C
1001 – 2000g	35 – 36C
2001 – 3000g	34 – 35C
>3000	

PROCEDIMENTO REALIZADO DURANTE A ADMISSÃO

- Transferir o recém-nascido da incubadora de transporte para a incubadora da UTI envolto em saco plástico, touca dupla e campo aquecido
- Aquecer as mãos e o estetoscópio antes de tocar o recém-nascido
- Aferir a temperatura axilar do recém-nascido
- Conectar o paciente ao ventilador mecânico se intubado ou instalar CPAP/VNI
- Conectar oxímetro de pulso sem rasgar o saco plástico
- Realizar os cuidados agrupados com a equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapeuta e médico) apenas com as portinholas abertas, se possível
- Minimizar o tempo de realização dos procedimentos
- Não retirar a touca dupla nem o saco plástico (pode manter o saco plástico mesmo molhado) nem higienizar o recém-nascido

REALIZAR OS DEMAIS PROCEDIMENTOS APENAS QUANDO A TEMPERATURA ESTIVER ENTRE 36,5-37,5°C:

- Passagem de sonda orogástrica ou vesical
- Punção de acesso venoso periférico ou cateterismo umbilical
- Colocação de fralda
- Realizar os procedimentos acima com o saco plástico e só retirá-lo após o término se a temperatura adequada entre 36,5-37,5°C

CUIDADOS DE ROTINA PARA O CONTROLE TÉRMICO NA UTI NEONATAL

- Seguir a faixa de temperatura térmica neutra, de acordo com o peso e a idade do RN, conforme tabela a seguir:

Idade e peso	Temperatura inicial (°C)	Gama de temperatura (°C)
0-6h		
abaixo de 1200g	35,0	34,0-35,4
1.200-1.500 g	34,1	33,9-34,4
1.501-2.500 g	33,4	32,8-33,8
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	32,9	32,0-33,8
6-12h		
Menos de 1.200 g	35,0	34,0-35,4
1.200-1.500 g	34,0	33,5-34,4
1.501-2.500 g	32,8	32,2-33,8
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	32,4	31,4-33,8
12-24h		
Menos de 1.200 g	34,0	34,0-35,4
1.200-1.500 g	33,8	33,3-34,3
1.501-2.500 g	32,8	31,8-33,8
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	32,4	30,1-33,7
24-36h		
Menos de 1.200 g	34,0	34,0-35,0
1.200-1.500 g	33,6	33,1-34,2
1.501-2.500 g	32,8	31,6-32,6
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	32,1	30,7-33,5
36-48h		
Menos de 1.200 g	34,0	34,0-35,0
1.200-1.500 g	33,5	33,0-34,0
1.501-2.500 g	32,5	31,4-33,5
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	31,9	30,5-33,3
48-72h		
Menos de 1.200 g	34,0	34,0-35,0
1.200-1.500 g	33,5	33,0-34,0
1.501-2.500 g	32,3	31,2-33,4
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	31,7	30,1-33,2
72-96h		
Menos de 1.200 g	34	34,0-35,0
1.200-1.500 g	33,5	33,0-34,0
1.501-2.500 g	32,2	31,1-33,2
Mais de 2.500 g (e > 36 s)	31,3	29,8-32,8
4-12 dias		
Abaixo de 1.500g	33,5	33,3-34,0
1.501-2.500 g	32,1	31,0-33,2
Mais de 2.500 g (e > 36 s)		
4-5dias	31,0	29,5-32,6
5-6 dias	30,9	29,4-32,3
6-8dias	30,6	29,0-32,2
8-10dias	30,3	29,0-31,8
10-12dias	30,1	29,0-31,4

Fonte: Araújo e Reis, 2012.

- Seguir o protocolo de regulação de temperatura, em caso de hipotermia;
- Aumentar a temperatura da incubadora em 1,5°C. O aquecimento deve ser feito o mais lento possível, pois o reaquecimento rápido pode causar vasodilatação periférica, e conseqüentemente, hipotensão. Isso afetará a perfusão dos órgãos vitais, comprometendo ainda mais os recém-nascidos;
- Verificar a temperatura axilar 30 minutos após a elevação da temperatura da incubadora. Na persistência da hipotermia, investigar se há algum problema ou mau posicionamento de peças na incubadora que impeça o aquecimento correto ou realizar manobras de aquecimento (seguir faixa de temperatura termoneutra, colocar o recém-nascido em saco estéril);
- Aquecer o estetoscópio, antes de examinar o RN;
- Proteger as placas de RX com tecido, para evitar a perda de temperatura;
- Forrar a balança de peso com lençol ou coberta, antes de pesar o RN;

- Evitar a abertura das portinholas das incubadoras com frequência, agrupar os cuidados, evitar manipulação excessiva;
- Administrar oxigênio de forma aquecida entre 32°C e 36°C. Nos RN's intubados, o O₂ deve estar aquecido em torno de 35°C a 36°C;
- Trocar a fralda do RN, quando necessário, evitando que ele permaneça molhado por um longo período.
- Em caso de hipertermia (T > 37,5°C), não desligue a incubadora. Diminua a temperatura da incubadora 1,5 °C e verifique a temperatura a cada 30 minutos até a normalização da temperatura corporal.

REFERÊNCIAS

- Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Souza AB. Enfermagem neonatal. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2011.
- Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013

96-ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº:96
ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo.		
<u>Objetivos:</u>	Promover o crescimento normal e desenvolvimento integral do recém-nascido por meio de uma boa nutrição; Assegurar técnicas assépticas para o oferecimento da alimentação; Promover condições para uma avaliação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários.	
<u>Siglas:</u>	BIC – Bomba de Infusão Contínua; RN – Recém-nascido.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Leite materno; copo milimetrado com tampa; sonda gástrica; seringa e bomba de infusão contínua ou de seringa; esparadrapo comum ou hipoalergênico.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS**Na alimentação com o copo**

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir todo material necessário;
- Despertar o RN gentilmente;
- Orientar e oferecer à genitora a participação no procedimento;
- Posicionar adequadamente o RN num ângulo de 45° a 60°;
- Diminuir a estimulação externa, como barulho e iluminação, converse com o RN;
- Oferecer dieta no copo, tocando com o copo delicadamente o lábio inferior do RN, promovendo o apoio no queixo, quando necessário;
- Observar se o RN realiza o processo de sucção, respiração e deglutição durante a oferta do leite;
- Registrar todo procedimento, quantidade que sugou, qualidade da sucção.



Fonte: Ministerio da Saúde.

Na translactação

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir todo material necessário;
- Incentivar a participação da mãe na translactação;
- Solicitar para que a genitora ordenhe o seu próprio leite;
- Instalar uma sonda de alimentação nº 6 ou 4 junto ao seio materno fixando com fita adesiva ou esparadrapo, estando o orifício de saída da sonda na altura do mamilo;
- Conectar a seringa na sonda sem o êmbolo onde ficará acondicionado o leite para que flua por gravidade, a partir da sucção do bebê ao seio materno;
- Posicionar o RN ao seio materno;
- Adicionar a quantidade de leite, conforme prescrição médica;
- Controlar o fluxo do leite, por meio do pinçamento da sonda, de acordo com sucção do RN, prevenindo os possíveis engasgos e broncoaspiração;
- Observar se o RN realiza o processo de sucção, respiração e deglutição, durante a oferta do leite;
- Registrar todo procedimento, quantidade aceita, qualidade da sucção e se houve alguma intercorrência.

Na gastrólise

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Reunir todo material necessário;
- Aspirar a sonda com uma seringa para certificar o posicionamento da sonda e se a digestão do alimento tem sido eficaz;
- Registrar o volume do resíduo gástrico, bem como coloração e característica;
- Devolver o conteúdo do resíduo gástrico quanto estiver limpo e desconte do que será ofertado, pois o RN não completou o processo completo da digestão;
- Adaptar a alimentação enteral contínua por meio de BIC ou bomba de seringa, adaptando o equipo a sonda orogástrica ou nasogástrica;
- Programar a bomba de infusão ou seringa, conforme a prescrição médica;
- Adaptar a seringa diretamente a sonda caso a oferta seja por gravidade (gavagem)
- Registrar e comunicar qualquer intercorrência.



Fonte: Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- Aquino RR, Osorio MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: Métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(1):11-6.
- Burgemeister A., Sebastião LT. Profissionais de UTI neonatal e alimentação de recém-nascidos com uso do copo. *Distúrb Comun*. 2013;25(3): 430-9.
- Lopez CP, Silva RG. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. *Rev. paul. pediatr*. 2012;30(2):278-82.
- Medeiros AM, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2011;16(1):73-9.
- Ministério da Saúde (BR). *Atenção a saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Pessoa-Santana MC, Silveira BL, Santos IC, et al. Métodos alternativos de alimentação do recém-nascido prematuro: considerações e relato de experiência. *R Bras Ci Saúde*. 2013;17(1):55-64.

97-CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 97
CATETER CENTRAL PERIFÉRICA (PICC)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Maria Urbano Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Permitir um acesso venoso central para infusão de fluídos, diminuindo a quantidade de punção periférica bem como o risco de infecção	
<u>Abrangência:</u>	Enfermaria pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro	
<u>Material necessário:</u>	Berço com calor radiante; Oximetria de pulso; Material de dissecação; Fita métrica; Campo estéril; Campo fenestrado; Compressa estéril; Gaze; Três luvas ; Máscara e touca; Solução antisséptica (padronizada pela CCIH); Curativo transparente; Uma ampola de SF 0,9%; Uma seringa de 10cc; uma agulho 30x7; Cateter PICC padronizado pela instituição; Microporelideo; Três vias	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO**Na mensuração do Membro e do cateter**

- Reúna todo material;
- Lave as mãos conforme POP n°. 01;
- Realizar desinfecção da fita métrica com álcool a 70% (alguns cateter possuem a fita métrica estéril);
- Realizar o exame físico da rede venosa;
- Medir o membro seguindo os critérios.

MEMBRO SUPERIOR	CABEÇA E PESCOÇO	MEMBRO INFERIORES
Mensura a extensão da veia seguindo o trajeto do local escolhido de punção seguindo a junção esternoclavicular direita até o terceiro espaço intercostal direito.	Mensura a extensão da veia seguindo o trajeto do local escolhido para punção seguindo pela região cervical lateral até a cabeça da clavícula direita e prosseguir até o terceiro espaço intercostal direito.	Mensura a extensão da veia seguindo o trajeto do local escolhido para punção até a região inguinal, prosseguir a cicatriz umbilical até a mensuração acima do apêndice xifóide.

Na inserção do PICC

- Realizar a paramentação com o gorro e máscara;
- Realizar a degermação das mãos até altura do cotovelo com a solução asséptica padronizada pela instituição durante 2 minutos;
- Realizar a secagem das mãos e o antebraço com compressa estéreis e vista o avental;

- Calçar as luvas cirurgica esteril;
- Realizar o preparo do campo de trabalho com todo o MATERIAL NECESSÁRIO: para inserção;
- Expor o material de forma organizada no campo estéril;
- Realizar a salinização do cateter com soro fisiológico a 0,9% para ativar a camada hidrofílica;
- Confirir o comprimento anteriormente mensurado no trajeto venoso e reduza o cateter para o comprimento correto;
- Proceder a antissepsia com clorexidina aquosa 2% do membro a ser puncionado;
- Colocar os campos estéries de barreira máxima ;
- Trocar as luvas após antissepsia da pele;
- Utilizar o campo fenestrado, isolando o sítio de punção;
- Realizar o garroteamento do membro a ser puncionado com garrote estéril para favorecer a circulação e prevenir hematomas;
- Realizar a punção com introdutor a um ângulo de 35°;
- Remover o garrote após visualização do sangue;
- Remover a agulha (mandril) do introdutor;
- Realizar a inserção do cateter por meio do introdutor com o auxílio de uma pinça, avançando o cateter na medida pré-estabelecida na mensuração e remova o introdutor;
- Aspirar o cateter para confirmação do fluxo e refluxo;
- Proceder a salinização do cateter;
- Proteger o acesso com um dispositivo para vedá-lo ao meio externo;
- Limpar o local de inserção, remova o resíduo de sangue;
- Realizar o primeiro curativo com gaze em decorrência do sangramento e película transparente;
- Fixar a porção externa do cateter com micropore;
- Solicitar o RX para confirmação do posicionamento da ponta do cateter que anatomicamente deverá está localizado no terço médio inferior da veia cava superior ou no terço superior da veia cava inferiores;
- Registrar todo o procedimento detalhadamente
- Liberar o acesso após confirmação do posicionamento ideal do cateter;

Na manutenção e manuseio do PICC

- Empregar métodos para orientação dos pais;
- Manter o PICC pérvio, realize lavagem do acesso antes e após administração de medicamentos, não deixe a bomba alarmando;
- Utilizar sempre medidas assépticas para manuseio do acesso;
- Utilizar apenas seringas acima de 10cc em decorrência do risco de fratura do cateter;

- Assegurar que a hemotransfusão só poderar ser realizada em cateter PICC de poliuretano a cima de 3Fr e de silicone a cima de 4Fr;
- Realizar o primeiro curativo após 24h de inserção;
- Realizar os curativos subsequentes apenas com filme transparente a cada 7 dias, quando sujo ou descolando;
- Utilizar técnica rigorosa de assepsia durante o curativo;
- Realizar flushing com SF 0,9% do cateter antes e após administração de medicamentos;
- Evite coleta de sangue pelo acesso, seguir a mesma recomendação para infusão de hemoderivados.

REFERÊNCIAS

- Baiocco GG, Silva JLB. A utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no ambiente hospitalar. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010 Nov-Dez [citado 2021 Dez 1];18(6):[7 telas]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4267/5393>
- Baggio MA, Bazzi FCS, Bilibio CAC. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI neonatal e pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 Mar;31(1):70-6.
- Curso de qualificação em implantação, manutenção e retirada de cateter central de inserção periférica: PICC: neonatal, pediátrico e adulto. Recife; 2009.
- Freitas MLC. Curso de qualificação em inserção, utilização e cuidados em cateter venoso central de inserção periférica: CCIP: neonatologia e pediatria. São Paulo: Sociedade brasileira de enfermeiros de terapia intensiva; 2004.
- Lourenço SA, Kakehashi TY. Avaliação da implementação do cateter venoso central de inserção periférica em neonatologia. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(2):26-32.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Rotina para cateter venoso central de inserção periférica em neonatos. Rio de Janeiro(RJ): Secretaria do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
- Stocco JG, Grozeta K, labronici LM, Maftum MA, Meier MJ. Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 2011;16(1):56-62.
- Vendramim P, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(3):331-9.

98-ADMINISTRAÇÃO DO SURFACTANTE EXÓGENO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº:98
ADMINISTRAÇÃO DO SURFACTANTE EXÓGENO EM RECÉM-NASCIDOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Proporcionar estabilidade da fisiologia pulmonar do recém-nascido, reduzindo o esforço respiratório e minimizado a necessidade de oxigenoterapia.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários, COB.	
<u>Siglas:</u>	COB – Centro Obstétrico; O2 – Oxigênio; RN – Recém-nascido; TOT – Tubo orotraqueal.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Incubadora ou berço aquecido; estetoscópio; oxímetro de pulso; material para intubação; material para aspiração de vias aérea superiores; luva estéril; seringa de 5 cc; agulha 25 x 7; máscara e gorro; surfactante exógeno; ressuscitador manual; válvula máscara; sonda de aspiração nº. 6 ou 8; gaze.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explicar a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Comunicar ao responsável a realização do procedimento;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Posicionar o RN em decúbito dorsal com a cabeça em leve extensão;
- Monitorar o RN, por meio de oximetria de pulso;
- Calçar luvas estéreis;
- Auxiliar na intubação, conforme o POP nº 79;
- Realizar aspiração de vias aérea e TOT, conforme os POPs nº 83;
- Assegurar que o TOT esteja bem fixado;
- Colher gasometria arterial de 15 a 20 minutos antes e após o procedimento;
- Auxiliar o médico no preparo da solução a ser administrada, utilizando técnicas assépticas no preparo da solução (surfactante);
- Aquecer a solução, de acordo com a instrução do fabricante;
- Misturar de forma homogênea a solução do surfactante;
- Desconectar o circuito do respirador e administrar no tubo endotraqueal conforme a orientação médica, ambuziando em seguida a cada administração;
- Realizar a instilação da solução, após liberação médica;



Fonte: Ministério da Saúde.

- Observar a frequência cardíaca, coloração e o nível de saturação do RN, durante a administração do surfactante;
- Observar expansão torácica, os ruídos respiratórios, saturação de O₂, sinais vitais e coloração do RN;
- Providenciar raio X de tórax após 6h da administração do surfactante;
- Evitar aspirar à cânula orotraqueal nas primeiras 6 horas após administração do surfactante, exceto se houver evidencia de obstrução do TOT;
- Manter a modalidade de oxigenoterapia, de acordo com prescrição médica;
- Oferecer oxigênio de forma aquecida e umidificada;
- Descartar o material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Registrar todo o procedimento, checar a prescrição, e anotar no prontuário, se houve alguma intercorrência.

REFERÊNCIAS

- Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Klock P, Erdmann AL. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. *Rev Esc. Enferm. USP.* 2011;1(46):45-51.
- Pereira JA, Escobar EM. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro com síndrome do desconforto respiratório: revisão integrativa. *Rev. Saúde em Foco.* 2016;3(2):17-36.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rebello CM. I Consenso Brasileiro de ventilação mecânica em pediatria e neonatologia: uso do surfactante no recém-nascido [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2015 [citado em 22 ago. 2018]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/i_consenso_brasileiro_de_surfactante.pdf
- Souza AB. Enfermagem neonatal. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2011.

Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

99-FOTOTERAPIA EM RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 99
FOTOTERAPIA EM RECÉM-NASCIDOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Rutheanne de Siqueira, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Intervir visando a redução do nível de bilirrubina sérica e identificar outras causas patológicas.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias, UTI, UCI.	
<u>Siglas:</u>	RN – Recém-nascido; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Aparelho de fototerapia; máscara; radiômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Verificar a temperatura do recém-nascido antes da instalação da fototerapia;
- Instalar o aparelho de fototerapia após checagem da irradiância, de acordo com o tipo de aparelho; (Checagem da irradiância: No colchão em que se encontra o RN, considera-se um retângulo de 30 x 60 cm e mede-se a irradiância nas 4 pontas e no centro, sendo então calculada a média dos 5 pontos.) A irradiância da fototerapia deve ser medida antes do uso e diariamente com radiômetro.
- Manter a distância entre o recém-nascido e o aparelho de fototerapia, de acordo com o aparelho a ser utilizado, para evitar queimaduras de pele; (spot com lâmpada halógena: distância mínima de 50 cm perpendicular ao RN; convencional superior de 6 a 8 tubos fluorescentes paralelos de 30 cm acima do RN); lâmpadas LED distância de 30cm;
- Despir o RN, onde a fralda poderá permanecer aberta, pois os raios luminosos não atinge as gônadas;
- Manter proteção ocular para impedir o ressecamento da córnea, evitando assim lesões graves por ação da luz, observando o ajuste ao rosto para que não fique abertando e ocluindo a narina;



Fonte: abc.med.br

- Manter o controle rigoroso da temperatura corporal, verificando-a a cada 3h para detectar hipotermia ou hipertermia, assim como o peso diariamente;
- Controlar o estado de hidratação do RN, pois pode ocorrer desidratação devido a sudorese pela ação do calor e número de evacuações;
- Realizar mudança frequente de decúbito;
- Realizar a retirada do RN da fototerapia para a amamentação, retirar a proteção ocular e aquecer o RN se ambiente estiver frio (monitorar: atividade do RN e sucção ao peito);
- Retirar o recém-nascido da fototerapia 15 minutos antes do banho, para que seu corpo não sinta a diferença de temperatura;
- Anotar no registro de Enfermagem, carimbar e assinar.

NORMAS GERAIS

- Higienizar coto umbilical deve ser realizada com Cloroheixidine alcoólica 1 % a cada troca de fralda;
- Verificar as eliminações vesicais e intestinais do RN: frequência, aspecto e quantidade;
- Trocar o protetor ocular a cada 12h;
- Realizar higiene corporal fora da fototerapia, quando os níveis de bilirrubina não estão muito altos;
- Realizar manutenção preventiva anualmente do aparelho de fototerapia (Conforme orientação do fabricante); A escolha do aparelho de fototerapia fica a critério do médico;
- Atentar para complicações da exposição a fototerapia: - Diarréia; - Desidratação; - Instabilidade Térmica; - Erupções cutâneas e eritema; - Escurecimento da pele do RN (síndrome do bebê bronzeado); Queimaduras; Hemólise leve; Plaquetopenia; Danos retinianos.

REFERÊNCIAS

- Gomes NS, Teixeira JB, Barichello E. Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enferm. 2010;12(2):342-7.
- Kenner C. Enfermagem neonatal. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.
- Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014. 2 Vols.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

100- HALO OU CAPACETE EM RECÉM-NASCIDO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 100
HALO OU CAPACETE EM RECÉM-NASCIDOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ruhtheanne de Siqueira, Adriana de Melo, Claudiane Ventura		
<u>Objetivo:</u>	Manter adequada oxigenação arterial e tecidual, sem causar efeitos tóxicos.	
<u>Abrangência:</u>	UTI, UCI.	
<u>Siglas:</u>	AC – Ar Comprimido; FiO2 – Fração Inspirada de Oxigênio; O2 – Oxigênio; RN – Recém-nascido UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Capacete; dispositivos de látex; jarra para aquecedor; aquecedor; umidificadores; gases (oxigênio e ar comprimido); fluxômetro de O2; fluxômetro de ar comprimido; luvas de procedimento; lixeira para desprezar o material usado; oxímetro de pulso.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

- e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

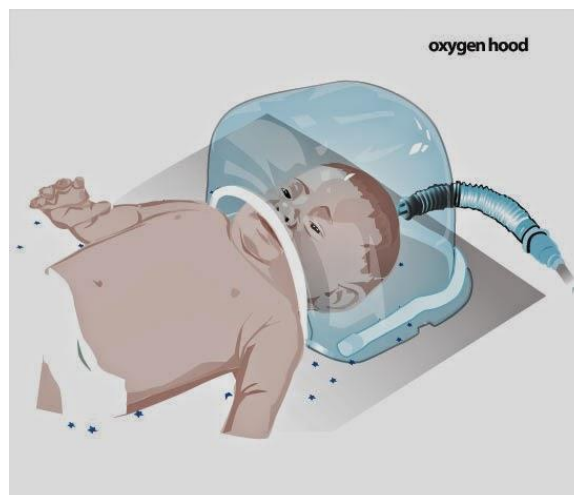
PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Confirmar prescrição médica com pulseira de identificação do recém-nascido;
- Explicar o procedimento e indicação para acompanhante;
- Separar o Halo (capacete) ou hood de tamanho adequado para o RN e reunir restante do material;



- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Posicionar o capacete em torno da cabeça do recém-nascido;
- Manter recém-nascido em posição confortável;
- Observar permeabilidade das vias aéreas;
- Oferecer gases (ar comprimido e oxigênio) umidificados e aquecidos;

- Ajustar fluxos de O₂ e ar comprimido, conforme FiO₂ desejada, seguindo cálculo da FiO₂, e promover a mistura de gases conectando às mangueiras de cada um, em um conector “Y”, e esse ao capacete;
- Não ocluir o orifício superior do halo, pois o CO₂ será eliminado por este orifício
- Instalar oxímetro de pulso;
- Certificar-se pela avaliação do RN se houve melhora do quadro;
- Registrar em prontuário a assistência prestada, início do suporte e as intercorrências.

REFERÊNCIAS

- Costa AP, Peres DB. Profisio Pediátrica e Neonatal: cardiorrespiratória e terapia intensiva. [Porto Alegre]: Artmed Panamericana; 2012. Aerossolterapia e oxigenoterapia em pediatria e neonatologia; p. 107-151.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Prado C, Vale LA. Fisioterapia neonatal e pediátrica. São Paulo: Manole; 2012. Ventilação mecânica não invasiva; p.165-177.
- Rebello C M, Haddad LB. Oxigenoterapia e ventilação manual. Barueri: Manole; 2012.

101- INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CPAP NASAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº:111
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CPAP NASAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Manter uma oxigenação adequada por meio da administração da mistura de oxigênio e ar comprimido sobre pressão contínua, por meio de um dispositivo nasal.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, UTI, UCI.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; CPAP Nasal – Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas; EPI – Equipamento de Proteção Individual; FIO2 – Fração de oxigênio inspirado; O2 – Oxigênio; PEEP – Pressão Positiva Expiratória Final; TCM: Triglicerídeos de Cadeia Média; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Circuito de CPAP; estetoscópio; termômetro; tensiômetro; oxímetro de pulso; fonte de oxigênio e ar comprimido; umidificador; pronga nasal, de acordo com o tamanho da narina; aquecedor; sonda gástrica; seringa; coletor para drenagem gástrica; aspirador completo; tubo de água destilada (500 ml) para PEEP; proteção nasal com placa de hidrocólóide; luvas de procedimento estéreis; sonda de aspiração; solução fisiológica; EPIs.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;

- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Instalação

- Reunir todo material, circuito do CPAP, aquecedor, PEEP, fluxômetro de O2 e Ar comprimido;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Montar todo o circuito;
- Testar o funcionamento do sistema;

- Instalar a touca na cabeça do recém-nascido ou lactente, para favorecer a fixação do sistema;
- Aspirar às vias aéreas superiores;
- Lubrificar as narinas;
- Escolher o tamanho da pronga adequada para a narina do recém-nascido ou lactente;

Tamanho da pronga	Peso do recém-nascido
00	< 700g
0	700-1000g
1	1000-1250g
2	1250-2000g
3	2000-3000g
4	>3000g
5	>3000g (e idade entre 1-2 anos)

- Proteger o septo nasal com a placa de hidrocolóide;
- Manter a pronga nasal corretamente posicionada, sempre respeitando a forma anatômica, e sem tracionar a narina para trás;



Fonte: newmed.com.br

- Instalar sonda orogástrica aberta para decompressão do estômago;
- Verificar os SSVV;
- Instalar a monitorização, por meio de oximetria de pulso.

Manutenção

- Manter o paciente em decúbito elevado (30-45°) e de forma confortável;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Verificar os SSVV;
- Lubrificar as narinas a cada 3h;
- Observar com frequência a pele ao redor do dispositivo nasal e da fixação;
- Garantir que o sistema nasal não tracione o septo;
- Aspirar as vias aéreas, de acordo com a necessidade;
- Realizar balanço hídrico rigoroso;
- Realizar mudança de decúbito a cada 3h;
- Trocar a água do aquecedor a cada 24h;
- Trocar o sistema do CPAP, de acordo com normatização da CCIH;
- Massagear a narina a cada 3h com ácidos graxos essenciais (TCM; dersani);
- Anotar todo o procedimento no prontuário, carimbar e assinar.

REFERÊNCIAS

Bonfim SF, Bezerra SM, Vasconcelos MG, et al. Prevenção de lesão de septo nasal em neonatos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletr. Enf.* 2014;16(2):443-52.

Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2011. 4 vol.

Ota NT, Davidson J, Guinsburg R. Lesão nasal precoce pelo uso da pronga nasal em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso: estudo piloto. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2013;25(3):245-50.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Silva DM, Chaves EM, Farias LM, et al. Uso de pressão positiva contínua das vias aéreas em recém-nascidos: conhecimento da equipe de enfermagem. *Rev. Rene.* 2011;11:195-203.

Tamez RN, Silva MJ. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

Ventura CM, Alves JG, Meneses JA. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Bras. Enferm.* 2012;65(1):49-55.

102- TRANSFERÊNCIA NEONATAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 102
TRANSFERÊNCIA NEONATAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Claudiane Ventura, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar transferência neonatal para serviço de contra referência considerando a segurança do recém-nascido.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade neonatal; Serviços de contrarreferências.	
<u>Siglas:</u>	DNV – Declaração de Nascido Vivo; RN – Recém-nascido; SF – Soro Fisiológico; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, neonatologista.	
<u>Material necessário:</u>	<p><u>Impressos:</u> resumo médico e de Enfermagem com todas informações da evolução clínica do RN; exames laboratoriais; exames radiológicos; exames de imagem; prescrição médica; DNV.</p> <p><u>Equipamentos:</u> incubadora de transporte; oxímetro de pulso; <i>baby puff</i>; aparelho de glicemia capilar; termômetro digital; aspirador manual portátil; bomba de infusão e de seringa; cilindro de oxigênio; fonte de oxigênio e ar comprimido com umidificador; fluxômetro.</p> <p><u>Materiais (insumos):</u> reanimador manual com máscara e reservatório; laringoscópio com lâminas retas nº 0, 1 e 2; cânula endotraqueal nº 2,0, 2,5, 3,0 e 3,5; sonda estomacal longa nº 8 e 10; sonda para aspiração endotraqueal nº 5, 6 e 7; equipo macro gotas e micro gotas; seringas de 1 cc, 3 cc, 5 cc e 10 cc; agulhas 25 x 7, 30 x 10, 40 x 12; luvas estéreis 7,0, 7,5 e 8,0; cateter intravenoso flexível 14 e 24; torneira 3 vias; esparadrapo comum e hipoalergênico; gazes; algodão.</p> <p><u>Soluções:</u> álcool 70%; Clorexidina alcoólica e aquosa a 1%. <u>Medicamentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para o aporte hidroeletrólítico: SF 0,9% e glicosado a 5 e 10%, glicose a 50%, cloreto de potássio a 10%, cloreto de sódio a 20%, gluconato de cálcio a 10% e água destilada; • Para a reanimação: adrenalina (1/10.000 U); • Drogas de efeito cardiovascular: dobutamina, dopamina, furosemida; • Drogas de efeito neurológico: morfina ou fentanil, midazolam, fenobarbital sódico e difenil-hidantoína; • Antibióticos: penicilina e aminoglicosídeo; • Diversos: aminofilina, dexametasona, pancurônio, vitamina K, heparina e lidocaína 0,5%. 	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex:

<p>nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender; • Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica; • Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1; • Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário; • Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento; • Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento; • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção <p style="text-align: right;">Perry e Potter (2021).</p>

PROCEDIMENTOS

- Entrar em contato com o setor que receberá o neonato;
- Verificar a vaga;
- Informar nome, idade, peso do RN;
- Informar as condições clínicas do RN;
- Solicitar o transporte (ambulância equipada);

- Comunicar ao técnico de enfermagem responsável pelo RN quanto à transferência;
- Informar ao responsável a necessidade de transferência;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Certificar-se de que o RN está utilizando a pulseira de identificação;
- Conferir com o responsável os dados contidos na pulseira;
- Providenciar os equipamentos, materiais e medicamentos de urgência para transferência;



Fonte: bvsmms.saude.gov.br

- Checar a maleta de transporte e o funcionamento dos equipamentos necessários;
- Manter a incubadora conectada à uma fonte de energia para garantir o carregamento total da bateria;
- Registrar no prontuário e relatório, o horário, estado geral do RN, o motivo e local da transferência;
- Solicitar o maqueiro para auxiliar no transporte;
- Organizar o RN na incubadora de transporte, envolvido em um lençol e/ou saco plástico, com o cinto de segurança ajustado, mantendo a cabeça bem estabilizada;
- Estabilizar hemodinamicamente o RN para realizar a transferência;
- Garantir o aquecimento durante todo o transporte verificando a temperatura axilar a cada 15 minutos;
- Certificar a permeabilidade do acesso venoso;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Aspirar às vias aéreas antes do transporte;
- Avaliar o ritmo respiratório e avaliação dos gases sanguíneos para avaliar necessidade de intubação traqueal;
- Certificar que a cânula orotraquel encontra-se bem fixado, caso exista;
- Manter sonda gástrica aberta, para evitar a distensão das alças intestinais;
- Fechar o dreno e manter localizado abaixo do tórax do RN, se houver;

- Verificar a glicemia capilar antes, durante e depois do transporte para evitar hipoglicemia e hiperglicemia;
- Transferir o RN acompanhado do médico, do enfermeiro e do técnico de enfermagem, com seu prontuário, exames devidamente protocolados e DNV (declaração de nascido vivo);
- Repassar todas as informações necessárias para a equipe do hospital que recebeu o RN;
- Resgatar equipamentos utilizados na transferência do RN ou certificar-se de que os mesmos serão devolvidos;
- Realizar transferência no sistema da instituição, por meio da intranet IMIP.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 375/2011 [Internet]. Brasília: COFEN; 2011 [citado em 27 jan. 2015]
- Conselho de Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1.672/2003 [Internet]. Brasília: CFM; 2003 [citado em 27 abr. 2018]
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (BR). Parecer COREN-SP GAB N° 049: responsabilidade do enfermeiro durante a transferência inter-hospitalar de pacientes. São Paulo: COREN-SP; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2002 [citado em 27 abr. 2018].
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

103- PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 103
PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL (DVP)		
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão: 2024
Responsável pela revisão: Paula Nogueira, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Viabilizar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir no prognóstico do paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediatria, Emergência.	
<u>Siglas:</u>	DPO – Dia Pós Operatório; DVP – Derivação Ventricular Peritonial; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; estetoscópio; tensiômetro; termômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explicar a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Admitir o paciente, de acordo com o POP n° 179;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
- Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
- Manter decúbito elevado a 30°;
- Avaliar nível de consciência, utilizando a escala de coma de Glasgow, conforme prescrição;
- Realizar curativo diário mantendo oclusivo, caso apresente-se unido pode significar fistula liquórica. Comunicar anormalidades;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Observar sinais de infecção (dor, rubor, edema, calor ou febre);
- Preferir o decúbito dorsal ou contralateral à incisão cirúrgica;
- Realizar banho de aspersão, conforme técnica descrita no POP n° 07, estimulando a higiene do couro cabeludo com Clorexidina degermante no 1° DPO;
- Realizar mudança de decúbito de 3 em 3h com cuidado na DVP e respectiva mudança na sua posição;
- Realizar aferição dos SSVV de 6 em 6h ou sempre que necessário, conforme técnica descrita no POP n° 10;
- Comunicar anormalidades.

REFERÊNCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality (US). Clinical practical guidelines series: care of the patient undergoing intracranial pressure monitor/external ventricular drainage or lumbar drainage. [Rockville]: American Association of Neuroscience Nurse; 2014.
- Braga FM, Melo PM. Guia de neurocirurgia. São Paulo: Manole; 2005.
- Fried HI, Nathan BR, Rowe AS, et al. The Insertion and Management of External Ventricular Drains: An Evidence-Based Consensus Statement: a Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society. *Neurocrit Care*. 2016;24(1):61-81
- Greenberg MS. Manual de neurocirurgia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. Knobel E. Conduta no paciente grave. São Paulo: Atheneu; 1998.
- Hepburn-Smith M, Dynkevich I, Spektor M, et al. Establishment of an External Ventricular Drain Best Practice Guideline: The Quest for a Comprehensive, Universal Standard for External Ventricular Drain Care. *J Neurosci Nurs*. 2016;48(1):54-65.
- Lele AV, Hoefnagel AL, Schloemer Kemper N, et al. Perioperative Management of Adult Patients With External Ventricular and Lumbar Drains: Guidelines From the Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2017;29(3):191-210.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2005.
- Wiegand DL, editor. AACN Procedure Manual for High Acuity, Progressive and Critical Care. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.

104- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 104
PACIENTE COM DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA (DVE)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Paula Nogueira, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Viabilizar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir no procedimento cirúrgico.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, UCI Neonatal, UTI Neonatal, Pediatria.	
<u>Siglas:</u>	DVE – Derivação Ventricular Externa; EPI – Equipamento de Proteção Individual; LCR – Líquido Cefalorraquidiano; SSVV – Sinais Vitais; UCI – Unidade de Cuidados Intermediários; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; EPIs (máscara, touca, óculos e luvas); luvas estéreis; gaze; esparadrapo hipoalergêncio; Clorexidina alcoólica 2%; estetoscópio; tensiômetro; termômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Admitir o paciente, de acordo com o POP n° 179;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
- Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Conferir se drenagem encontra-se aberta e bem fixada;
- Manter decúbito elevado a 30°;
- Manter a DVE no nível padrão de 15 cm acima do conduto auditivo ou 10 cm acima do rebordo orbitário ou conforme solicitação médica, e observar o funcionamento da derivação a cada 6h;
- Avaliar nível de consciência, utilizando a escala de coma de Glasgow, conforme prescrito;
- Realizar curativo diário e manter oclusivo;
- Reunir o material e levar ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente, posicionando biombos;
- Colocar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar luva estéril;
- Usar Clorexidina alcoólica 2%;
- Ocluir com gaze e esparadrapo hipoalergênico;

- Realizar descarte do material em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Checar e registrar a realização do curativo e o aspecto do local;
- Assinar e carimbar.
- Observar sinais de infecção (rubor, calor, edema, dor ou febre);
- Preferir decúbito dorsal ou lateral, contralateral à incisão cirúrgica;
- Mensurar e registrar o débito e aspecto do dreno de 12 em 12h ou antes se necessário;
- Reunir o material e levar ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Fechar a via de drenagem do paciente para a câmara de gotejamento;
- Verificar o volume de LCR da câmara de drenagem, para posteriormente ser registrado na anotação;
- Abrir a pinça corta fluxo da câmara de drenagem para a bolsa coletora até o esvaziamento completo e em seguida feche-a;
- Abrir a via do sistema de drenagem do paciente;
- Retirar as luvas e descartar em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Checar e anotar o procedimento registrando hora, volume e aspecto do LCR drenado no período;
- Assinar e carimbar procedimento.
- Realizar banho no leito com cuidado na DVE;
- Realizar mudança de decúbito de 3 em 3h com cuidado na DVE e respectiva mudança de posição;
- Realizar aferição dos SSVV de 6 em 6h, sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality (US). Clinical practical guidelines series: care of the patient undergoing intracranial pressure monitor/external ventricular drainage or lumbar drainage. [Rockville]: American Association of Neuroscience Nurse; 2014.
- Braga FM, Melo PM. Guia de neurocirurgia. São Paulo: Manole; 2005.
- Fried HI, Nathan BR, Rowe AS, et al. The Insertion and Management of External Ventricular Drains: An Evidence-Based Consensus Statement: a Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society. *Neurocrit Care*. 2016;24(1):61-81
- Greenberg MS. Manual de neurocirurgia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Hepburn-Smith M, Dynkevich I, Spektor M, et al. Establishment of an External Ventricular Drain Best Practice Guideline: The Quest for a Comprehensive, Universal Standard for External Ventricular Drain Care. *J Neurosci Nurs*. 2016;48(1):54-65.

Knobel E. *Conduta no paciente grave*. São Paulo: Atheneu; 1998.

Lele AV, Hoefnagel AL, Schloemerkemper N, et al. Perioperative Management of Adult Patients With External Ventricular and Lumbar Drains: Guidelines From the Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2017;29(3):191-210.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2005.

Wiegand DL, editor. *AACN Procedure Manual for High Acuity, Progressive and Critical Care*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2017

105- ATENDIMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 105
ATENDIMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Hipólito Cavalcanti.		
<u>Objetivos:</u>	Orientar as gestantes quanto ao manejo da lactação; Auxiliar as mães a colocarem o bebê ao seio logo após o parto e manter a lactação no alojamento conjunto, mesmo após a alta, para o sucesso da amamentação; Apoiar as mães no aleitamento materno, explicando todo o manejo da lactação, resolvendo os problemas encontrados.	
<u>Abrangência:</u>	Sala de Parto, CPN, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTIN, Canguru, Banco de Leite Humano.	
<u>Siglas:</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. AC – Alojamento Conjunto; 2. CPN – Centro de Parto Normal 3. AM – Aleitamento Materno; 4. AME – Aleitamento Materno Exclusivo; 5. BLH – Banco de Leite Humano; 6. IG – Idade Gestacional; 7. LA – Leite Artificial; 8. LHO – Leite Humano Ordenhado; 9. MS – Ministério da Saúde; 10. OMS – Organização Mundial da Saúde; UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário de pronto-atendimento; seringa; sonda gástrica; luvas de procedimento; canetas; peito-cobaia; boneca modelo; esparadrapo; folder de orientações de aleitamento materno.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;

<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário; • Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento; • Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento; • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Introdução

Evidências científicas comprovam a superioridade do aleitamento materno (AM) sobre outras formas de alimentar a criança. Ele promove a saúde física, mental e psíquica da criança e mulher. Para a nutrição, crescimento e desenvolvimento adequado, o bebê deve receber leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil.

O profissional da saúde tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. E para exercer o papel de facilitador do processo de aleitamento materno, o mesmo necessita de conhecimentos e habilidades relacionados não somente ao manejo da lactação, mas também ao apoio emocional, da cultura familiar, da rede social de apoio à mulher, entre outros.

Prática do aleitamento materno para gestantes e puérperas sobre amamentação – em gestante e lactante sadia**Para gestantes**

- Receber e atender a gestante e seu acompanhante cordialmente, aumentando a confiança para sucesso na amamentação;
- Orientar a participação das 03(três) palestras recomendadas sobre amamentação;
- Escutar as queixas/dúvidas, anseios e mitos da gestante e familiar, desmistificando-os, anotar todos os dados no prontuário e no cartão da gestante;
- Orientar os benefícios da amamentação para a mulher, família e bebê, além do manejo da lactação (principalmente pega e posição do bebê e técnica de extração manual do leite materno);
- Examinar as mamas da gestante, após a lavagem e enluvamento das mãos, caso perceba possíveis dificuldades, como mamilos invertidos, por exemplo, encoraje-a a amamentar, pois terá apoio de profissionais habilitados no AC;
- Estimule o parto normal/natural, fale dos Cuidados Amigos da Mulher e da importância do contato pele a pele na Sala de Parto; Reforce que o contato pele a pele também deve acontecer por cesariana também;
- Registrar no cartão da gestante, quando esta estiver impossibilitada de amamentar e orientar os cuidados com as mamas para inibi-las, como, por exemplo: gestantes B-24;
- Registre todas as consultas no cartão da gestante e prontuário.

Para Puérperas – lactantes sadias:

- Receber e atender a mãe com seu acompanhante cordialmente, aumentando a confiança da mãe na amamentação;
- Escutar as queixas/dúvidas da mãe, anotar todos os dados no prontuário de prontoatendimento;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pesar o bebê despido (sem fraldas);
- Examinar as mamas da mãe e observar a mamada;
- Orientar e supervisionar a pega e posição correta do bebê ao peito (material anexo);
- Orientar e supervisionar a técnica de extração do leite materno (material anexo);
- Orientar as variedades de posições do bebê ao peito – tradicional, invertida, de cavaleiro e deitada;
- Orientar o estoque e doação do leite materno;
- Elogiar as mães pela amamentação ou pela tentativa em amamentar;
- Caso a mãe não esteja em amamentação exclusiva, tentar suspender o LA por LHO;

- Orientar o uso de copo ou colher, quando voltar a trabalhar ou estudar;
- Encaminhar para acompanhamento em Posto de Saúde;
- Orientar retorno ao Banco de Leite Humano, quando necessário ou procurar a Triagem obstétrica quando preciso também;
- Registrar todo o atendimento nas fichas de atendimento.

Prática do aleitamento materno para puérperas com problemas na lactação

Objetivo: Descrever os procedimentos executados pelo enfermeiro, para tratar os pacientes com problemas na lactação.

- Realizar todas as condutas para lactante sadia;
- No caso de trauma mamilar e candidíase/eczema mamilar e/ou cavidade oral do bebê:
 - Corrigir a pega e posição do bebê ao peito;
 - Orientar para que os mamilos permaneçam secos – expostos ao ambiente;
 - Orientar as variedades de posições do bebê ao peito – tradicional, invertida, de cavalinho e deitada;
 - Orientar que sutiãs sejam lavados com sabão neutro;
 - Orientar e supervisionar a massagem, extração manual para alívio das mamas, principalmente quando mamas cheias e/ou ingurgitadas;
 - No caso de traumas mamilares, além das orientações descritas, evitar o sol e calor local;
 - Avaliar candidíase na boca do bebê, genitália da mãe e/ou bebê;
 - Nos casos de candidíase: orientar o uso de antifúngico oral (ou genital) no bebê, quando houver necessidade e tópico na mãe (mamilos e vagina) quando prescrito;
 - Ensinar a “rosca” de fraldas de tecido de algodão para mamilo não aderir ao sutiã quando a mãe sair de casa;
 - Orientar o estoque e doação do leite materno;
 - Marcar o retorno precoce para avaliação.
- No caso de ingurgitamento mamário (mama endurecida), estase láctea, mastite não infecciosa (bloqueio de ductos), mastite infecciosa, abscesso de mama, galactocele, excedente lácteo:
 - Corrigir a pega e a posição do bebê ao peito;
 - Orientar e supervisionar a massagem, extração manual para alívio das mamas;
 - Orientar e supervisionar a compressa fria por um minuto, para alívio das dores e redução de edemas;
 - Orientar o uso de antibióticos prescritos;
 - Encaminhar para a triagem obstétrica os casos de punção/drenagem de abscesso mamário/galactocele;

- Explicar como amamentar após a drenagem e a importância da massagem, extração manual para alívio das mamas;
- Orientar o estoque e doação do leite materno;
- Marcar o retorno precoce para avaliação.
- No caso de ganho ponderal insuficiente do bebê, frênulo lingual curto, bebês com fissura fendopalatal, mamoplastia:
 - Corrigir a pega e a posição do bebê ao peito;
 - Orientar e supervisionar a massagem, extração manual para alívio das mamas;
 - Orientar as variedades de posições do bebê ao peito – tradicional, invertida, de cavalinho e deitada, onde a posição “cavalinho” é a indicada nos casos de frênulo lingual curto, bebês com fissura fendopalatal;
 - Orientar o exercício de sucção;
 - Encaminhar a odontopediatria para avaliação da língua;
 - Orientar o acompanhamento com a pediatra, odontopediatria e a fonoaudiologia;
 - Orientar a oferta do LHO/LA por translactação/relactação de preferência e uso de copo ou colher, após as mamadas;
 - Acompanhar o peso do bebê;
 - Marcar o retorno precoce para avaliação.
- No caso dos mamilos planos, invertidos e mamas pêndulas e volumosas:
 - Corrigir a pega e a posição do bebê ao peito;
 - Orientar e supervisionar a massagem, extração manual para alívio das mamas;
 - Orientar as variedades de posições do bebê ao peito – tradicional, invertida, de cavalinho e deitada;
 - Pinçar a aréola, para ajudar na pega do bebê e tracionar o queixo para facilitar a abertura da boca do bebê;
 - Colocar um suporte nas mamas (rolo de fraldas de algodão), para facilitar a pega do bebê;
 - Marcar o retorno precoce para avaliação.

REFERÊNCIAS

- Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr.* 2018 Jul;14(3):e12637. doi: 10.1111/mcn.12637.
- Giugliani ER. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de pediatria.* 2004;80(5):147-54.
- Levy L, Bértolo H. Manual de aleitamento materno [Internet]. [Portugal]: Unicef; 2012 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Guia Alimentar para Crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: O Ministério; 2019. 264 p.

Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2009.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (BR). Caderno de atenção à saúde da criança aleitamento materno [Internet]. [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/file/pdf3.pdf>

Sociedade Brasileira de Pediatria. Doenças maternas infecciosas e amamentação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018.

Unicef. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno [Internet]. [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.html

World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016.

106- ORDENHA DO LEITE HUMANO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 106
ORDENHA DO LEITE HUMANO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Hipólito Cavalcanti.		
<u>Objetivos:</u>	Descrever a técnica de extração do leite materno; Explicar como acondicionar o leite humano ordenhado;Mostrar como transportar o leite ordenhado; Orientar como descongelar e oferecer ao bebê.	
<u>Abrangência:</u>	Banco de Leite Humano, Sala de Coleta do Leite Humano.	
<u>Siglas:</u>	AC – Alojamento Conjunto; AM – Aleitamento Materno; AME – Aleitamento Materno Exclusivo; BLH – Banco de Leite Humano; IG – Idade Gestacional; LA – Leite Artificial; LHO – Leite Humano Ordenhado; MS – Ministério da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde; UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário de pronto-atendimento; luvas de procedimento; canetas; peito-cobaia; boneca modelo; esparadrapo; folder de aleitamento materno; ordenhadeira; vidros tipo café solúvel esterilizado.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;

<ul style="list-style-type: none"> • Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento; • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção <p style="text-align: right;">Perry e Potter (2021).</p>

PROCEDIMENTOS

Introdução

A extração do leite materno é o processo em que a mãe retira o leite materno da mama (para o bebê que não consegue mamar, para armazenar e para doar); conforto das mamas (no caso de ingurgitamento mamário, estase láctea, mastite não infecciosa (bloqueio de ductos), mastite infecciosa, abscesso de mama, traumas mamilares); encorajar o bebê a amamentar (cheiro e gosto do leite, esvaziar mama e facilitar a pega); manter produção de leite; quando o bebê não está sugando ou para aumentar a produção de leite.

O aprendizado da extração do leite materno deve ser iniciado no pré-natal e retomado no puerpério (primeiros dias pós-parto). Esse procedimento faz parte dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno – Passo 5: “Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.”.

A extração do leite materno deve ser realizada preferencialmente com as mãos, caso use a bomba elétrica, todo material deve ser esterilizado conforme preconizado pela ANVISA.

Técnica de Extração do Leite Materno

- Preencher a ficha de atendimento e doação e solicitar o cartão de pré-natal, para avaliar os exames necessários à doação/estoque (HIV, VDRL, Hemograma e HbsAg);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Paramentar-se e fazer o mesmo na mãe com gorro, máscara, bata, retirando a blusa e o sutiã da nutriz, retirando adornos (anel, pulseira e relógio); Em casa, improvisar com touca de banho e fralda/máscara no rosto;
- Calçar a luvas de procedimento;
- Retirar o material de extração por bomba do recipiente plástico para início do procedimento se necessário;
- Montar a ordenhadeira elétrica, se necessário;
- Retirar o vidro esterilizado para acondicionar o leite coletado, antes verificar a validade;
- Demonstrar e supervisionar a extração manual ou o manuseio da bomba elétrica;
- Preencher a ficha e cartão de doação e verificar se está apta ou não; discutir com a equipe médica do BLH sobre aptidão, para a doação;
- Entregar a doadora o folder de doação/estoque para fazer em casa;
- Escrever os dados na ficha de coleta diária: se estoque, doação ou desprezo;
- Registrar no cartão da doadora e entregá-lo a ela;
- Após extração, colocar o leite coletado no vidro esterilizado, registrar a doadora no livro de doadoras, fazer o cartão de doadora e colocar no freezer;
- Guardar o leite extraído em vidro no freezer da sala de coleta externa (se ficar para pasteurizar) já identificado; E na sala de Apoio a Amamentação, se for para doar;
- Orientar a mãe a fazer o mesmo em casa e guardar o leite ordenhado em congelador ou freezer (15 dias) ou geladeira (12h), para doar, a mãe deve ligar para o Banco de Leite Humano (BLH) pegar e se for fazer estoque, a mãe trás até o BLH em caixa isotérmica com gelox;
- Após extração do leite, o material deverá ser lavado pelo técnico de enfermagem da seguinte maneira: lavar com água e sabonete neutro; enxaguar e colocar na solução de hipoclorito de sódio 0,025% por 1h. Sempre anotar a validade da solução (24h após ativação). Depois escorrer o material em campo operatório. Validade de 03 dias, após desinfecção.

Procedimento para preparo da caixa térmica para transporte leite materno

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Lavar a caixa isotérmica com água e sabonete neutro de 2 a 3h, antes do transporte do leite;
- Retirar o sabonete neutro;
- Friccionar com álcool 70% a parte interior da caixa;

- Friccionar também as baterias de vacina ou gelox com álcool 70%;
- Verificar se o sensor do termômetro encontra-se no meio da caixa isotérmica;
- Colocar o gelox na caixa na quantidade de 3 litros de gelox para 1 litro de leite;
- Aguardar chegar a temperatura abaixo de -3°C;
- Chamar o motorista para transportar o LHO (pegar o leite na casa das doadoras);
- O motorista deve preencher na planilha de temperatura de rota, a temperatura de saída do BLH, na primeira casa e quando chegar no BLH. A rota não deve ultrapassar 6h, nem T= - 30 C;
- Cadastrar o leite doado no livro de doadora e no Sistema da RedeBLH.

REFERÊNCIAS

- Fundação Oswaldo Cruz (BR). Normas técnicas REDEBLH-BR para bancos de leite humano: transporte [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/6._nt15_20f_0.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2010 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf
- Ministério da Saúde (BR). Nota técnica conjunta nº 01/2010 [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2010 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Ambiência: limpeza e desinfecção de ambientes [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 07.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/3._nt_07_20_ambiencia_limpeza_e_de_sinfeccao_de_ambientes.pdf
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Higiene e conduta: doadoras [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 12.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/5._nt_12_20_higiene_e_conduta_doadoras.pdf
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Qualificação de recursos humanos para os processos de trabalho na rBLH [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 01.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/1._nt_01_20_qualificacao_de_recursos_humano.pdf
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações úteis para a manutenção do aleitamento materno em mães que trabalham fora do lar ou estudam [Internet]. [São Paulo]: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/recomendaes-teis-para-a-manuteno-do-aleitamento-materno-em-mes-que-trabalham-fora-do-lar-ou-estudam.pdf

107- SALA DE PROCESSAMENTO (PASTEURIZAÇÃO) DO BANCO DE LEITE HUMANO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 107
Título: SALA DE PROCESSAMENTO (PASTEURIZAÇÃO) DO BANCO DE LEITE HUMANO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Cavalcanti, Adriana de Melo.		
<u>Objetivos:</u>	Descrever os procedimentos executados na Sala de Processamento e Controle de Qualidade (Pasteurização) do Banco de Leite Humano; Estabelecer os critérios necessários para seleção e classificação do leite humano ordenhado cru no Banco de Leite Humano.	
<u>Abrangência:</u>	Banco de Leite Humano, Complexo Hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	AC – Alojamento Conjunto; AM – Aleitamento Materno; AME – Aleitamento Materno Exclusivo; BLH – Banco de Leite Humano; BM – Banho-Maria; CAM – Centro de Atenção à Mulher; CLH – Central de Distribuição de Leite Humano; CME – Central de Material e Esterilização; HGP – Hospital Geral de Pediatria; IG – Idade Gestacional; LA – Leite Artificial; LH – Leite Humano; LHO – Leite Humano Ordenhado; LHP – Leite Humano Pasteurizado; MS – Ministério da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde; UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Caneta comum; caneta para retroprojeter; livro de doadora; impressos para pasteurização (em anexos); bico de Bunsen; compressas de gaze; campos esterilizados; pipetas graduadas e volumétricas; tubos com tampa rosqueada; pipetador; pesos em chumbo; equipamentos, tais como: banhos-maria, resfriador; gelo; recipientes plásticos grandes e pequenos; caixa isotérmica em PVC; gorro; máscara; bata; grade para colocação dos tubos; álcool 96º/70%; jarras plásticas; caçambas de gelo; vidros esterilizados; termômetro de estufa; termômetro certificado; canalização de gás para bico de Bunsen.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;

- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Introdução

Pasteurização

Tratamento térmico, conduzido a 62,5°C por 30 minutos, aplicado ao leite humano ordenhado, com o objetivo de inativar 100% dos microrganismos patogênicos e 99,99% da microbiota saprófita, equivalendo a um tratamento 15°C para inativação térmica da *Coxiella burnetti*.

Em decorrência de sua própria composição, o leite humano apresenta uma acidez original. As micelas de caseína, os sais minerais (dentre os quais, destacam-se os fosfatos e citratos), bem como as proteínas do soro do leite, são os principais responsáveis por essa propriedade química.

Em termos didáticos, a acidez do leite humano pode ser classificada como original e desenvolvida. A original resulta da presença de seus constituintes, e a desenvolvida decorre do ácido láctico, produzido a partir do crescimento bacteriano. Por isso, é importante realizar a acidez Dornic.

Prática no Setor de Pasteurização/Estoque

- Higienizar as mãos antes e após o recebimento do leite humano ordenhado na recepção do BLH e antes e após os procedimentos do setor de processamento e controle de qualidade;
- Usar o fardamento exigido: bata de manga longa, gorro, máscara, sapato fechado, crachá e óculos de proteção (recomendado);
- Orientar o preenchimento correto da ficha de doação, anexar os exames exigidos pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e cadastrar o leite na RedeBLH;
- Identificar os leites coletados congelados em freezer para formar os lotes;
- Anotar em esparadrapo na lateral da tampa: registro da doadora, idade do leite (idade do bebe no dia da ordenha), volume coletado (comparar com um vidro graduado de mesmo formato), informar se é estoque ou doação e a idade gestacional (com quantas semanas a mãe estava quando pariu), após identificar, formar os lotes com frascos de tamanho e formato uniforme;
- Receber os frascos que chegam ao Banco de Leite Humano, verificar a higienização dos frascos de leite e da caixa isotérmica, se os frascos são adequados (frascos de vidro de café solúvel com tampa plástica rosqueável), presença de gelox (gelo reciclável) para a manutenção da cadeia de frio;
- Supervisionar e ajudar no processo de pasteurização;
- Realizar escala para realização da calibração de banho-maria (a cada 30 ciclos) e dos termômetros de estufa (uma vez por mês);
- Preencher os banhos-maria com água deionizada e ligar os aparelhos; deixar atingir a temperatura ideal (40°C para degelo e 64°C para letalidade);
- Conferir o funcionamento dos bicos de Bunsen;

- Retirar os lotes com frascos de leite já identificados do freezer para iniciar o descongelamento e pasteurização. Retirar também os frascos-testes para descongelar;
- Colocar o termômetro de estufa no frasco-teste no ponto frio (bulbo do termômetro de estufa fica 2/3 do volume do leite abaixo do frasco);
- Distribuir todos os frascos de leite congelados no BM com o frasco-teste no meio do aparelho;
- Acionar o cronômetro e a cada 5 minutos, agitar os frascos e verificar o degelo no BM a 40°C, sempre agitando todos os frascos de leite, incluindo o frasco-teste no degelo, quando atingir a temperatura de 5 a 7°C, colocar todos os frascos na cadeia de frio - no resfriador ou cubas com gelo e álcool (pois estabiliza a temperatura baixa – proporção do álcool 20% do volume de água);
- Pipetar amostras de 5 ml de todos os frascos para realização do crematócrito e acidez Dornic no bico de Bunsen;
- Manter a cadeia de frio em todo o processo: condição na qual os produtos refrigerados e congelados devem ser mantidos, sob controle e registro, desde a coleta até o consumo, com o objetivo de impedir o crescimento da microbiota capaz de promover alterações em sua composição;
- Entregar ao bioquímico farmacêutico o leite coletado para realizar os exames físico-químicos (acidez Dornic e crematócrito). Após realizar os exames, os frascos seguem para a pasteurização;
- Colocar os frascos do lote no banho-maria com o frasco-teste e começar anotação na folha de controle de ciclo de pasteurização;
- Anotar na folha da pasteurização, a cada 5 minutos, a temperatura do frasco-teste e agitar todos os frascos durante o processo;
- Colocar todos os frascos pra resfriar e depois iniciar o processo de coleta do microbiológico no bico de Bunsen;
- Coletar o leite em tubos de caldo verde brilhante preparado pelo laboratório, protocolar e encaminhar ao setor de Microbiologia;
- Guardar todos os vidros em freezer e aguardar o resultado dos exames de microbiológico para liberação (resultado negativo) ou descarte (resultado positivo);
- Liberar os frascos de leite para o CLH, onde a nutrição fracionará e enviará para UTIN;
- Anotar no livro de relatório da Sala de Processamento todas as intercorrências relacionadas a pasteurização;

Processo de Calibração do Banho-Maria

- Calibrar o BM a cada 30 Ciclos (30 vezes) para cada BM;
- Verificar se as temperaturas do BM permanecem estabilizadas;
- Repetir esse processo por três vezes;

- Caso permaneça estabilizada, a temperatura do BM por três vezes, deve-se mantê-la em – normalmente – 64°C (temperatura da água);
- Calibrar os BMs, se novos, ou se estiverem vindos da manutenção;
- Anotar o dia das calibrações no relatório da sala de processamento;
- Deixar o setor em ordem.

Processo de Calibração dos Termômetros

- Fazer a calibração dos termômetros uma vez por mês;
- Colocar o termômetro de estufa juntamente com o termômetro certificado imerso na água do BM;
- Deixar os dois estabilizarem;
- Anotar o valor em graus no impresso próprio de cada termômetro;
- Mergulhe os dois termômetros em água ambiente;
- Repetir as medidas cinco vezes, calcular a média e dividir a medida do termômetro certificado (temperatura real) pelo termômetro de estufa (temperatura aparente); o valor encontrado é o fator de correção que deverá ser multiplicado por 62,5°C (temperatura para letalidade dos microorganismos do LHO). O novo valor encontrado deverá ser registrado no termômetro que foi calibrado;
- Fazer cada medição para cada um dos termômetros e anotar sempre na planilha os valores encontrados e a temperatura encontrada, identificar com esparadrapo no próprio termômetro.

$$\text{CÁLCULO} \quad \text{Fator de Correção} = \frac{\text{Temperatura Real (Termômetro Certificado)}}{\text{Temperatura Aparente (Termômetro Estufa)}}$$

Fator de Correção X 62,5° C = Temperatura Calibrada do Termômetro
(Anote com esparadrapo no Termômetro e na Planilha)

Procedimento para achar o Ponto-Frio – para colocar o leite no vidro-teste

1. Achar o ponto-frio do frasco-teste para cada ciclo de pasteurização;
2. Medir o volume do vidro-teste e dividir seu valor por 3 – o volume sempre será a capacidade máxima do vidro;
3. Separar em outro recipiente (não precisa ser estéril) 2/3 do volume do leite do frasco-teste;
4. Deixar no frasco o volume encontrado da divisão. Ex.: se o frasco cabe 300 ml, dividimos por 3 que será igual a 100 ml (volume que fica no frasco, e separa-se 200 ml);
5. Rosquear a tampa do vidro;
6. Introduzir o termômetro de estufa;

7. O bulbo do termômetro deverá ficar com uma metade dentro do leite e a outra metade fora;
8. Desenroscar a tampa;
9. Completar com o leite que havia separado;
10. Colocar o vidro no lote descongelado;
11. Aguardar atingir a temperatura de 5°C a 7°C;
12. Iniciar o processo de pasteurização

REFERÊNCIAS

- Fundação Oswaldo Cruz (BR). Normas técnicas REDEBLH-BR para bancos de leite humano: transporte [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/6._nt15_20f_0.pdf
- Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005 [citado em 1 ago. 2018]. Disponível em:
<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=205>
- Moraes PS, Oliveira MM, Dalmas JC. Perfil calórico do leite pasteurizado no banco de leite humano de um hospital escola. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31(1):46-50.
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Ambiência: limpeza e desinfecção de ambientes [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 07.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/3._nt_07_20_ambiencia_limpeza_e_de_sinfeccao_de_ambientes.pdf
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Higiene e conduta: doadoras [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 12.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/5._nt_12_20_higiene_e_conduta_doadoras.pdf
- Novak FR, Almeida JA, Guimarães V. Qualificação de recursos humanos para os processos de trabalho na rBLH [Internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; 2020 [citado 2021 Dez 1]. Normas Técnicas: NT 01.20. Disponível em:
https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/1._nt_01_20_qualificacao_de_recursos_humano.pdf
- Sousa BR, Leite CM, Martins WS, et al. Aspectos qualitativos do leite humano. *Intesa.* 2017. 2017;11(1):1-5.

108- ACOLHIMENTO, AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 108
ACOLHIMENTO, AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão: 2024
Responsável pela revisão: Amanda da Silva, Adriana de Melo, Camila Lima, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Acolher as pacientes de forma humanizada, desde a sua chegada, identificando os riscos, de acordo com os sinais e sintomas, de forma rápida e segura, propondo um atendimento com resolutividade, em tempo oportuno.	
<u>Abrangência:</u>	Triagem obstétrica.	
<u>Siglas:</u>	HGT – Hemoglicoteste; IG – Idade Gestacional; MMII – Membros Inferiores; PAD – Pressão Arterial Diastólica PAS – Pressão Arterial Sistólica; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Sala de acolhimento; tensiômetro; estetoscópio; termômetro; computador e protocolo digital pré-estabelecido.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS**Técnica para acolhimento, avaliação e classificação de risco**

- Chamar a gestante/paciente pela senha gerada no sistema, por ordem de chegada;
- Apresentar-se a paciente
- Acolher as pacientes e os acompanhantes de forma cordial e responsável;
- Preencher os dados de identificação da paciente;
- Identificar alergias com pulseira rosa
- Fazer perguntas relacionadas ao protocolo pré-estabelecido (abordagem inicial);
- Verificar os SSVV;
- Avaliar os sinais e sintomas de risco;
- Identificar a classificação por cor de acordo com protocolo.
- Encaminhar a paciente a sala vermelha, em casos de gravidade

REFERÊNCIAS

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Protocolo de classificação de risco: Rede IMIP. 3. ed. Recife: Imip; 2017.

Ministério da Saúde (BR). Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

109- EMERGÊNCIAS HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 109
EMERGÊNCIAS HEMORRÓGICAS DA GESTAÇÃO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Amanda da Silva, Adriana de Melo., Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem diante das hemorragias durante a gestação.	
<u>Abrangência:</u>	Triagem Obstétrica, Clínica Obstétrica.	
<u>Siglas:</u>	DTG – Doença Trofoblástica Gestacional; FM – Feto Morto; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; estetoscópio; tensiômetro; termômetro; sonnar Doppler.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Acolher e admitir a paciente, de acordo com o POP n° 179;
- Individualizar e humanizar a assistência;
- Apoiar psicologicamente a paciente e sua família;
- Proporcionar privacidade e conforto físico;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Verificar SSVV com rigor em intervalos estabelecidos para cada caso, assim como frequência cardíaca do feto;
- Verificar sinais de choque hipovolêmico, tais como taquicardia, hipotensão arterial, pele fria e suor pegajoso;
- Monitorar e descrever as complicações (sangramento, secreções vaginais, odor, dor);
- Apurar o estado da acuidade mental/nível da consciência da paciente;
- Puncionar acesso venoso calibroso, conforme POP n° 11;
- Colher sangue para exames laboratoriais e reserva sanguínea se solicitado;
- Providenciar medicações e hemoderivados, quando solicitado;
- Preparar a paciente para procedimento cirúrgico (orientações do pré-operatório);
- Administrar oxigênio, conforme prescrição médica;
- Verificar a frequência cardíaca fetal em intervalos estabelecidos para cada caso;
- Identificar a presença de expulsão de concepto nos casos de aborto e preparar o corpo, conforme POP n° 138 (Identificação de FM);
- Enviar material para análise anatomopatológica, quando houver solicitação médica;

- Registrar todo o procedimento e intercorrências no prontuário da paciente.

REFERÊNCIAS

Bittar RE. Descolamento prematuro de placenta. In: Zugaib M. Obstetrícia. Barueri: Manole; 2008. p. 699-710.

Freitas F, Costa SH, Ramos JG, et al. Doença trofoblástica gestacional. In: Magalhães JA, et al. Rotinas em obstetrícia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 661-72.

Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2012.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rezende J Filho. Obstetrícia fundamental. 12. ed. Rio de Janeiro: Nacional; 2011.

110- GESTANTE E PUÉRPERA COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 110
GESTANTE E PUÉRPERA COM SÍNDROMESHIPERTENSIVAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kênia Germano, Silvana de Almeida, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem a gestantes e puérperas com síndromes hipertensivasque representam terceira causa de morte no Brasil e no mundo.	
<u>Abrangência:</u>	Clínica obstétrica (Pré-Parto, 4º CAM, 5º CAM).	
<u>Siglas:</u>	BIC – Bomba de Infusão Contínua; CAM – Centro de Atenção a Mulher; HASG – Hipertensão Arterial Sistêmica Gestacional; MgSO4 – Sulfato de Magnésio; PE Grave – Pré-eclâmpsia Grave; SSVV – Sinais Vitais;.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; tensiômetro; estetoscópio; luvas de procedimento; material para punçãoarterial periférica; monitor.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Orientar a paciente e familiares quanto o motivo do internamento e tratamento necessário;
- Separar material para punção de acesso venoso periférico;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Puncionar acesso venoso periférico com cateter intravenoso em vaso calibroso, conforme técnica descrita no POP n° 11;
- Preparar anticonvulsivante prescrito (dose de ataque e manutenção);
- Certificar-se de que o antagonista do anticonvulsivante (gluconato de cálcio a 10%) está preparado, dentro do prazo de validade e em local de fácil acesso, próximo a paciente);
- Instalar dose de ataque do anticonvulsivante (MgSO₄ – sulfato de magnésio) em BIC, conforme prescrição médica, geralmente em 30 minutos;
- Instalar dose de manutenção de MgSO₄ em BIC, após o término da dose de ataque;
- Realizar sondagem vesical de demora, seguindo técnicas descrita no POP n° 28, identificando data, horário da instalação;
- Observar e registrar aspecto e débito urinário a cada 2h;
- Monitorizar paciente com oximetria de pulso, monitor de pressão não invasiva caso necessário;

- Registrar SSVV (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e saturação periférica de oxigênio) a cada 2h; Além de verificação dos reflexos tendíneos e débito urinário;
- Realizar balanço hídrico, conforme POP nº 44;
- Administrar demais medicações, conforme prescrição médica;
- Agilizar coleta de material para exame laboratorial e resultado de exames;
- Observar presença de sangramentos anormais e perda de secreções vaginais;
- Valorizar as queixas da paciente;
- Comunicar término de cada fase do anticonvulsivante ao médico plantonista para reavaliação adequada;
- Comunicar anormalidades;
- Aferir SSVV a cada 4h, quando paciente estiver na enfermaria e/ou alojamento conjunto, conforme POP nº 10;
- Promover medidas de higiene e conforto a paciente;
- Monitorar vitalidade fetal por meio de ausculta com sonar;
- Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e planos de cuidados a paciente.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2012.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Santos LG, Andreto LM, Figueira MC, et al, organizadores. *Enfermagem em ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

Valente EP, Cunha AS, Mendonça VG, et al, organizadores. *Obstetrícia: diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.

111- GESTANTE E PUÉRPERA DIABÉTICAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 111
GESTANTE E PUÉRPERA DIABÉTICAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kênia Germano, Silvana de Almeida, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem a gestantes e puérperas com diabetes.	
<u>Abrangência:</u>	Clínica obstétrica (4º CAM, 5º CAM).	
<u>Siglas:</u>	DG – Diabetes Gestacional; DM – Diabetes Mellitus; RN – Recém-nascido; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; material para punção venosa periférica; glicosímetro; lanceta para glicosímetro; algodão; insulinas; agulhas; termômetro; tensiômetro; estetoscópio.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Orientar a paciente e familiares quanto o motivo do internamento e tratamento preconizado;
- Orientar o paciente quanto aos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Puncionar acesso venoso periférico com cateter intravenoso em vaso calibroso, conforme POP n° 11;
- Realizar a verificação e registrar SSVV (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura) segundo indicação de cada caso, conforme POP n° 10;
- Registrar glicemia capilar, conforme prescrição médica;
- Administrar insulina, de acordo com prescrição, orientando a paciente sobre a automedicação e seus cuidados;
- Estimular a adesão ao tratamento e realização de exames de rotina, de acordo com o caso;
- Estimular amamentação;
- Avaliar e orientar a puérpera e familiares quanto aos sinais de hipoglicemia pós-parto no RN;
- Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição de cuidados de Enfermagem;
- Observar presença de sangramentos anormais e perda de secreções vaginais;
- Valorizar as queixas da paciente;
- Comunicar anormalidades;
- Promover medidas de higiene e conforto a paciente;
- Monitorar vitalidade fetal por meio de ausculta com sonar;
- Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e planos de cuidados a paciente.

REFERÊNCIAS

Oliveira JE, Montenegro RM Junior, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Santos LG, Andreto LM, Figueira MC, et al, organizadores. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

Valente EP, Cunha AS, Mendonça VG, et al, organizadores. Obstetrícia: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.

112- TESTE DO PAPEL DE BENZIDINA (LABSTIX)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 112
TESTE DO PAPEL DE BENZIDINA (LABSTIX)		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Barros, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Verificar os níveis de proteínas por meio de urina.	
<u>Abrangência:</u>	Emergência, Sala de parto, Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos, UTIs, Enfermarias.	
<u>Siglas:</u>	UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Copo descartável; tubo e fita para teste do papel de benzidina (Labstix); luvas de procedimento; sonda vesical de alívio; urina.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Conferir solicitação médica e indicação do paciente;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Reunir o material necessário para o procedimento em uma bandeja previamente limpa com álcool 70%;
4. Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
5. Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira com dos da solicitação;
6. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante em caso de inconsciente ou criança;
7. Solicitar ao paciente que urine em um copo descartável e lhe entregue. Em caso de paciente recém-nascido ou criança, realizar sondagem vesical de alívio, conforme técnica descrita no POP n° 28 ou retirar do coletor de urina, se paciente já estiver com sonda vesical de demora;
8. Calçar as luvas antes de pegar no copo com urina;
9. Introduzir a fita teste na urina, certificar-se de que a fita está bem molhada;
10. Pegar o tubo e realizar a leitura após 1 minuto comparando a fita com a sequência de cores contida no tubo (traços ou cruces);
11. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
12. Registrar na evolução de Enfermagem;
13. Comunicar ao médico ou enfermeiro o resultado;
14. Descartar o material em local apropriado.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, et al. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília: OPAS; 2016.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Santos LC, Mendonça VG, Porto AM, et al., organizadores. Gestação de alto risco baseado em evidências. Rio de Janeiro: Medbook; 2011.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabetes mellitus gestacional. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008;54(6):477-80.

113- TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE E TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE SIMPLIFICADA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 113
TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE E TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE SIMPLIFICADA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Sandra Barros, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Rastrear a diabetes gestacional e detectar o nível de intolerância à glicose.	
<u>Abrangência:</u>	Ambulatórios, emergências, enfermarias e UTIs.	
<u>Siglas:</u>	TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; seringas; dextrosol; algodão; álcool.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente ou seu responsável;
2. Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação;
3. Conferir os dados contidos na pulseira com o paciente e/ou responsável;
4. Orientar na noite anterior quanto ao exame;
5. Orientar o jejum de 8h e a coleta em jejum, 1h e 2h após a ingestão de 75 mg de dextrosol;
6. Orientar que o paciente não deverá se ausentar do laboratório;
7. Em caso de paciente que esteja em repouso relativo e/ou absoluto, comunicar ao laboratório e solicitar que o exame seja realizado no leito;
8. Orientar que em caso de êmese após a ingestão do dextrosol o paciente ou acompanhante deve comunicar a equipe de Enfermagem ou ao médico.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2012.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Pontes AG, Rehme MF, Micussi MT, et al. A importância do teste de tolerância à glicose oral no diagnóstico da intolerância à glicose e diabetes mellitus do tipo 2 em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012;34(3):128-32.

Santos LC, Mendonça VG, Porto AM, et al., organizadores. *Gestação de alto risco baseado em evidências*. Rio de Janeiro: Medbook; 2011.

114- TRABALHO DE PARTO E PARTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 114
TRABALHO DE PARTO E PARTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Viviane de Araújo, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente valorizando a individualidade, as diferenças culturais e individuais contribuindo para a redução de desequilíbrios entre a assistência prestada e as necessidades básicas da mulher e de sua família.	
<u>Abrangência:</u>	Centro de parto normal, pré-parto, triagem e centro obstétrico.	
<u>Siglas:</u>	BCF – Batimento Cardíaco fetal; CPN – Centro de Parto Normal; OMS – Organização Mundial da Saúde; RN – Recém-nascido.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro obstetra, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Partograma; bola de Bobath; cavalinho; tensiômetro; termômetro; sonnar doppler;banqueta de parto; difusor para aromaterapia; rebolzo; material para massagem.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
<p>Perry e Potter (2021).</p>

PROCEDIMENTOS

Técnica de assistência durante o trabalho de parto e parto

- Incentivar os profissionais quanto às práticas de humanização, para atender a gestante e seu acompanhante (Curso de humanização);
- Permitir a participação do acompanhante, durante o trabalho de parto e puerpério;
- Promover ambiente acolhedor e confortável para a gestante, acompanhante e equipe atuante;
- Fornecer todas as informações referentes ao processo do parto, esclarecendo todas as dúvidas da mulher, dando-lhe suporte psicossocial;
- Diagnosticar o verdadeiro trabalho de parto;
- Avaliar a contração uterina, durante 10 minutos, identificando as várias fases compreendidas durante este período: pródomos de trabalho de parto, fase latente e fase ativa;
- Recomendar a realização toque bidigital com intervalo de pelo menos 4h, (avaliação da cervicodilatação, apagamento, apresentação, altura da apresentação, condições da bolsa das águas e variedade de posição) seguindo as orientações contidas no protocolo do setor;
- Avaliar a vitalidade fetal por meio da ausculta dos BCFs, realizada a cada 30 minutos, usando o Sonnar Doppler e a cada 15 minutos, no período expulsivo quando gestação de baixo risco. Nos casos de gestantes de alto risco a ausculta deve ser cada 15 minutos durante o trabalho de parto;
- Respeitar a privacidade e individualidade da mulher;

- Monitorizar a progressão do trabalho de parto por meio do partograma (avaliação da cervicodilatação, dinâmica uterina, vitalidade fetal, por meio da ausculta, e descida da apresentação);
- Oferecer métodos não farmacológicos para alívio da dor, orientando técnicas simples de relaxamento (banho morno, exercícios respiratórios, apoio empático, liberdade de adotar qualquer posição, massagens na região lombar, uso da bola de Bobath, uso do cavalinho e movimentação da região pélvica);
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Avaliar as condições materna (exame físico geral, pressão arterial, pulso e temperatura);
- Estimular adoção de posições verticalizadas, respeitando e permitindo que a gestante faça a opção quanto à posição que melhor lhe agrada;
- Fornecer roupas limpas e trocar roupas de cama com frequência;
- Identificar as distócias obstétricas;
- Realizar intervenções quando necessárias;
- Executar assistência ao parto sem distócia (quando pacientes de baixo risco);
- Evitar episiotomia, corrigindo possíveis lacerações perineais;
- Incentivar contato precoce entre mãe e RN, imediatamente após o nascimento, esclarecendo sobre a importância do aleitamento precoce;
- Aguardar delivramento espontâneo da placenta, examinando-a rotineiramente após sua expulsão;
- Prestar assistência a paciente no puerpério imediato, observar presença de hemorragias;
- Realizar prescrição pós parto, conforme protocolo da Instituição (nos casos de pacientes de baixo risco);
- Reavaliar a puerperá diariamente e aguarde alta com 24h, aprazando seu retorno para a consulta no pósnatal (para as pacientes de baixo-risco atendidas no CPN).

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 0477/2015 [Internet]. Brasília: COFEN; 2015 [citado em 23 out. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2017 [citado em 23 out. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

World Health Organization. WHO Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

World Health Organization. WHO Recommendations postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013.

115- DIRETRIZES PARA O PARTO NA ÁGUA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 130
DIRETRIZES PARA O PARTO NA ÁGUA		
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão: 2024
Responsável pela revisão: Viviane de Araújo, Fernanda Perrizzoli, Adriana de Melo.		
Objetivo:	Prestar assistência obstétrica orientando sobre o trabalho de parto e parto de gestantes saudáveis na banheira.	
Abrangência:	Centro de parto normal.	
Siglas:	CPN – Centro de Parto Normal; PA – Pressão Arterial.	
Competência:	Enfermeiro obstetra, médico.	
Material necessário:	Termômetro; luvas descartáveis para uso veterinário (cano longo); preservativo sem lubrificante e ligas de elástico para o sonar que não é a prova d'água; lona plástica 2,7 x2,7 m higienizada com perfex ou algodão com álcool 70%; uma jarra; um balde; uma peneira grande nova; um espelho, (caso a mulher queira ver seu bebe coroando).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS**Cuidados na assistência ao parto na água**

1. Aferir PA e temperatura antes e depois da entrada da gestante na água;
2. Reavaliar temperatura de hora em hora, padrão satisfatório: (de 36°C a 37°C);
3. Observar risco para hipotensão;
4. Verificar se é uma gestação saudável a termo;
5. Verificar a temperatura da água, mantendo em torno de 37°C, através da temperatura materna;
6. Higienizar os pés e panturrilha de quem for entrar na água com álcool 70% e algodão;
7. É importante que o trabalho de parto esteja realmente ativo para entrada na piscina, pois a água quente tende a diminuir a dinâmica uterina;
8. Não há problema algum se a mulher urinar na água;
9. Eliminações intestinais sólidas devem ser removidas imediatamente com a peneira nova;
10. Caso a apresentação das fezes seja líquida, a mulher deve ser retirada da água imediatamente; se desejar usar banheira deve ser higienizado o local, trocada a água e a lona;
11. Em caso de vômito na água, deve ser avaliada a transparência da água, se ficar muito turva a mulher deverá sair da água. É importante deixar um balde próximo, pois ela pode usar para vomitar evitando o comprometimento da água;
12. Havendo mecônio, recomenda-se a retirada da mulher da banheira;
13. Havendo anormalidades na ausculta, recomenda-se a retirada da mulher da banheira;
14. Ficar atento ao sangramento. Não é normal a água pintar de sangue. Caso ocorra, é preciso agir rápido, pois pode ser um descolamento de placenta;

15. Após o nascimento, deve-se observar também o sangramento, se rapidamente a água ficar sanguinolenta, remover da água;
16. Se possível, clampar o cordão fora da água;
17. É aconselhável dequitar a placenta fora da água para poder avaliar com maior precisão a perda sanguínea. O ideal é tirar a mulher da água entre 10 a 15 minutos, após o nascimento;
18. É importante registrar a hora que a mulher entra na água e a hora e motivo pela saída.

Cuidados com a piscina de plástico

1. Quando a gestante trazer piscina, montar no banheiro abaixo do chuveiro;
2. Organizar a lona, de modo que ela fique fixa;
3. Evitar que permaneça próximo a materiais perfurocortantes;
4. Evitar passar por portas com a piscina cheia, forçando-a ou dobrando-a;
5. Na lateral, tem uma abertura para saída do ar. Não deixar entrar água nesta área, caso aconteça a piscina pode mofar e se perder.

REFERÊNCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in Water During Labor and Delivery [Internet]. Committee opinion. 2014 [citado em 20 set. 2018];594:1-6. Disponível em: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Immersion_in_Water_During-Labor-and-Delivery#26
- Clutt E, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [citado em 20 set. 2018];(2):CD000111. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982045/>
- Enning C. Parto na água: um guia para pais e parceiros. São Paulo: Editora Manole; 2000. Odent M. Água e sexualidade. São José: Saint Germain; 2004.
- Pereira DM. Parto na água: um contributo para o parto natural [relatório de estágio]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016. 196 p.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

116- PARTO PREMATURO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 116
PARTO PREMATURO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kathyane de Carvalho, Adriana de Melo. Viviane Araújo		
<u>Objetivos:</u>	Prestar assistência humanizada e diminuir o risco da síndrome da angústia respiratória e outras morbidades da prematuridade; Reduzir a mortalidade neonatal.	
<u>Abrangência:</u>	Expectação.	
<u>Siglas:</u>	DLE – Decúbito Lateral Esquerdo; OMS – Organização Mundial da Saúde; RN – Recém-nascido; SAR – Síndrome da Angústia Respiratória; SSVV – Sinais Vitais; TPP – Trabalho de Parto Prematuro.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Tensiômetro; termômetro; estetoscópio; material para punção periférica; sonar.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
2. Seguir os passos das normas de biossegurança, de acordo com o POP n° 02;
3. Conferir o material cirúrgico disponível;
4. Conferir o material descartável disponível;
5. Testar os equipamentos que serão utilizados previamente;
6. Realizar checklist de cirurgia segura;
7. Monitorar a temperatura de ambiente, mãe e RN, durante assistência ao parto;
8. Posicionar a gestante e circular na cirurgia;
9. Disponibilizar campos estéreis e, se possível, saco estéril para aquecimento imediato do RN após o parto;
10. Prestar assistência imediata e identificar o RN, conforme POP n° 106;
11. Estimular aleitamento materno sempre que necessário;
12. Transportar de forma segura a puérpera e o RN, conforme POP n° 181;
13. Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e plano de cuidados.
14. Administrar medicações injetáveis e orais, conforme prescrição médica;

REFERÊNCIAS

Bittar RE, Zugaib M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(8):415-22.

Duarte MM, Freire EE, Oliveira JF. Assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto prematuro. *Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia*.2015;3(1):1-8.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2017 [citado em 23 out. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

117- GESTANTE E PUÉRPERA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 117
GESTANTE E PUÉRPERA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kênia Germano, Silvana de Almeida, Adriana de Melo, Viviane Araújo		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem a gestantes e puérperas em situações especiais, reduzindo o tempo de atendimento e estabelecendo os cuidados de forma rápida e eficiente, para garantir uma melhor evolução clínica.	
<u>Abrangência:</u>	Triagem Obstétrica, Clínica Obstétrica (4º CAM, 5º CAM).	
<u>Síglas:</u>	CAM – Centro de Atenção a Mulher; RN – Recém-nascido; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; estetoscópio; luvas de procedimento; equipamento de biossegurança; ataduras; gaze.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Admitir a paciente, conforme POP n° 179 de admissão hospitalar;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Verificar SSVV, conforme técnica descrita no POP n° 10;
4. Identificar necessidade de cuidados especiais como politraumatizados, queimaduras, deficiência física, entre outros;
5. Agilizar realização de pareceres de especialistas e exames solicitados;
6. Monitorar vitalidade fetal;
7. Promover medidas de higiene e conforto a paciente;
8. Monitorar vitalidade fetal, por meio de ausculta com sonar;
9. Definir conduta de Enfermagem, de acordo com diagnóstico e tratamento proposto;
10. Administrar medicações necessárias;
11. Instalação de dispositivos solicitados como: cateterismo vesical de demora (POP n° 28), aspiração de vias aéreas POPs n° 95 e 96), sondagem nasogástrica POP n° 23), entre outros;
12. Realizar curativos utilizando material específico para cada caso;
13. Promover condições de conforto e higiene para a paciente;
14. Estimular a amamentação, sempre que necessário;
15. Orientar a paciente quanto as dificuldades ou impossibilidades de amamentar;
16. Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e planos de cuidados a paciente.

REFERÊNCIAS

Ellibox S. A gestante vítima de trauma em acidentes automobilísticos: um relato de experiência [monografia especialização]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 19 p.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Santos LG, Andreto LM, Figueira MC, et al, organizadores. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2005.

Valente EP, Cunha AS, Mendonça VG, et al, organizadores. Obstetrícia: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.

118- PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 118
PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Karla Ramos, Adriana de Melo, Amanda da Silva		
Objetivo:	Prestar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir negativamente no pré-operatório.	
Abrangência:	Clínica Obstétrica.	
Competência:	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
Material necessário:	Prontuário; estetoscópio; tensiômetro; termômetro; aparelho para tricotomia/tesoura; sonar Doppler.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;

- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Admitir a paciente, de acordo com o POP nº 179;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
3. Certificar-se de que a mesma está utilizando a pulseira de identificação;
4. Conferir os dados contidos na pulseira com a paciente e/ou responsável;
5. Orientar a paciente a cerca do pré, trans e pós-operatório;
6. Fornecer vestimenta adequada a paciente;
7. Certificar-se de que a paciente realizou o banho de aspersão com solução degermante antisséptica, atentando a área a ser incisionada;
8. Confirmar reserva sanguínea e leito de unidade de terapia intensiva, quando solicitado pelo médico assistente;
9. Certificar-se de que a paciente encontra-se em jejum (dieta zero);
10. Certificar-se de que foram removidas as próteses dentárias, lentes de contato, os óculos e jóias;
11. Observar e registrar em protocolo específico os exames ao prontuário, que serão encaminhados a Sala de Parto;
12. Encaminhar a gestante à sala de parto, quando solicitado juntamente com o prontuário, após conferir a pulseira de identificação;
13. Realizar a tricotomia seletiva (na área em local da incisão), quando solicitado;
14. Realizar vigilância rigorosa acerca da alteração dos SSVV, conforme POP nº 10;
15. Monitorar ausculta fetal, quando gestante;
16. Ficar atento às intercorrências gerais.

REFERÊNCIAS

Nettina SM. Prática de enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

Potter A, Perry PA. Grande tratado de enfermagem prática: conceitos básicos, teoria e prática hospitalar. 3 ed. São Paulo: Santos; 2007.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

119- TRANSOPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA (NÃO PARTO)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 119
TRANSOPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA (NÃO PARTO)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Karla Ramos, Adriana de Melo, Amanda da Silva		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência humanizada garantindo qualidade na prestação do serviço as mulheres atendidas no bloco cirúrgico	
<u>Abrangência:</u>	Clínica obstétrica.	
<u>Siglas:</u>	RN – Recém-nascido; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; estetoscópio; tensiômetro; termômetro; equipamento de biossegurança; balança; material para cateterismo vesical de demora; material para sondagem nasogástrica; material para aspiração de vias aéreas; material de intubação.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Admitir a paciente no centro cirúrgico;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Seguir os passos das normas de biossegurança, de acordo com o POP n° 02;
4. Realizar o checklist de cirurgia segura;
5. Auxiliar a equipe cirúrgica, disponibilizando materiais descartáveis e instrumentais para utilização no procedimento;
6. Auxiliar o anestesista posicionando paciente, para anestesia indicada, e disponibilizando as drogas solicitadas, após entrega de prescrição;
7. Instalar dispositivos solicitados, tais como: cateterismo vesical de demora POP n° 28, aspiração de vias aéreas POPs n° 95 e 96; sondagem nasogástrica POP n° 23;
8. Providenciar medicação e hemoderivados quando solicitado;
9. Monitorar a utilização dos instrumentais, para evitar perda de pinças;
10. Controlar a utilização das compressas cirúrgicas realizando contagem;
11. Providenciar coletores e tubos para exames de secreções e fluidos retirados no procedimento cirúrgico;
12. Preparar recipientes com solução conservante para peças cirúrgicas a ser encaminhada a análise anatomopatológica;
13. Identificar presença de expulsão de concepto, nos casos de aborto, realizar pesagem e identificação do corpo;
14. Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e plano de cuidados.

REFERÊNCIAS

Nettina SM. Prática de enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

Potter A, Perry PA. Grande tratado de enfermagem prática: conceitos básicos, teoria e prática hospitalar. 3 ed. São Paulo: Santos; 2007.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

120- PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 120
PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA OBSTÉTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Kênia Germano, Silvana de Almeida, Adriana de Melo, Amanda da Silva		
<u>Objetivo:</u>	Prestar uma assistência de Enfermagem qualificada, minimizando fatores que podem interferir no pós-operatório.	
<u>Abrangência:</u>	Clínica Obstétrica.	
<u>Siglas:</u>	SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; prontuários; estetoscópio; termômetro; tensiômetro.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Orientar a paciente e familiares quanto o motivo do internamento e tratamento preconizado;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Admitir paciente seguindo POP n° 179;
4. Certificar-se de que a paciente está usando a pulseira de identificação;
5. Confirmar com paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira de identificação;
6. Avaliar as condições do acesso venoso periférico;
7. Registrar SSVV (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura), segundo indicação de cada caso, conforme técnica descrita no POP n° 10;
8. Registrar glicemia capilar, conforme prescrição médica;
9. Administrar insulina, de acordo com prescrição;
10. Avaliar condições de drenos;
11. Estimular amamentação;
12. Estimular deambulação
13. Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição de cuidados de Enfermagem;
14. Observar presença de sangramentos anormais e perda de secreções vaginais;
15. Valorizar as queixas da paciente;
16. Comunicar anormalidades;
17. Promover medidas de higiene e conforto à paciente;
18. Realizar registro de Enfermagem, assim como prescrição e planos de cuidados a paciente.

REFERÊNCIAS

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Santos LG, Andreto LM, Figueira MC, et al, organizadores. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.

Silva JF. Implementação de um plano assistencial como procedimento operacional de enfermagem para o puerpério imediato cirúrgico [monografia graduação]. Distrito Federal: Universidade de Brasília; 2016.

Valente EP, Cunha AS, Mendonça VG, et al, organizadores. Obstetrícia: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018.

121- PUERPÉRIO IMEDIATO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 121
PUERPÉRIO IMEDIATO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Viviane de Araújo, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Prestar assistência de Enfermagem às puérperas garantindo o acompanhamento aobinômio mãe-filho.	
<u>Abrangência:</u>	Clínica Obstétrica.	
<u>Siglas:</u>	BPM – Batimento por minuto; FC – Frequência Cardíaca; mmHg – Milímetro de Mercúrio; PA – Pressão Arterial; RN – Recém-nascido; SS – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário; estetoscópio; tensiômetro; termômetro; luvas de procedimento; luvas estéreis fototerapia;oftalmoscópio; material para antropometria do recém-nascido; balança.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Observar e monitorar a mulher, imediatamente após o parto;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Realizar aferição do SSVV e dinâmica uterina após o parto: temperatura, pulso e pressão arterial (POP n° 10), lóquios e contrações uterinas;
4. Administração de ocitocina Intramuscular
5. Estimular amamentação na primeira hora de vida
6. Examinar a placenta e membranas;
7. Realizar a avaliação precoce das condições emocionais da mulher;
8. Atenção as seguintes situações:
 - a. Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
 - b. PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;
 - c. PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
 - d. Proteinúria de fita 2++ ou mais e uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg;
 - e. Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida, ou 37,5°C ou mais em duas ocasiões consecutivas com 1h de intervalo;
 - f. Lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado.

CUIDADOS COM O PERÍNEO

- Classificação quanto ao trauma perineal e realização de suturas após infiltração local de anestésico, quando necessário.
- Documentar a avaliação sistemática e os seus resultados;
- Dar a informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico;
- Realizar exame físico identificando as alterações fisiológicas do período puerperal;
- Estimular o vínculo afetivo entre mãe, filho e família;
- Orientar cuidados com RN.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2017 [citado em 23 out. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- World Health Organization. WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013.

122- PREPARO DO CORPO DE ABORTO, FETO MORTO E ÓBITO NEONATAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 122
PREPARO DO CORPO DE ABORTO, FETO MORTO E ÓBITO NEONATAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Danielle Souto, Kathyane de Carvalho, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Higienizar com assepsia adequada o corpo, identificar e acolher a genitora/responsável oferecendo a mesma a possibilidade de visualizar seu concepto antes do empacotamento e recolhimento pelo necrotério.	
<u>Abrangência:</u>	Triagem Obstétrica, Pré-Parto, COB, CPN, 4º CAM, UTI, demais locais da maternidade onde ocorra o óbito.	
<u>Siglas:</u>	CAM – Centro de Atenção à Mulher; DO – Declaração de Óbito; FM – Feto Morto; IG – Idade Gestacional; NEPI – Núcleo de Epidemiologia; SNG – Sonda Nasogástrica; SVO – Serviço de Verificação de Óbito; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento; algodão; gaze; esparadrapo; água; sabão; fraldas descartáveis; lençóis; TNT; antropômetro; fita métrica; pulseira de identificação; saco descartável.	

PROCEDIMENTOS

A preparação do corpo após o óbito é realizada pela equipe de Enfermagem como um procedimento essencial, antes do recolhimento do mesmo pelo necrotério. Nos casos de abortamento devem-se seguir as recomendações definidas em RDC 306 e CONAMA 358 (peso < 500g ou IG < 22 sem ou estatura menor do que 20 cm), pode ser descartado na lixeira de resíduos biológicos (lixeira branca), caso a família não manifeste vontade de sepultamento.

1. Certificar-se de que os familiares presentes tiveram oportunidade de ver o corpo após a morte;
2. Certificar-se da IG, estatura e peso;
3. Certificar-se do tipo de óbito (natimorto, óbito neonatal ou aborto);
4. Certificar-se da data e hora da ocorrência;
5. Certificar-se dos dados da genitora, por meio da pulseira de identificação e prontuário;
6. Retirar todos os dispositivos, como: cateteres periféricos ou centrais, SNG, drenos, tubos orotraqueais, entre outros dispositivos;
7. Fazer a higienização completa do corpo;

8. Identificar o mesmo com pulseira: nome completo da genitora, registro, idade, sexo, data e hora do óbito (acrescentar data de nascimento nos casos de óbito neonatal);
9. Fixar a identificação (pulseira);
10. Realizar o pacote do corpo com TNT e saco plástico de baixa densidade (envolver o corpo no saco plástico, identificar com esparadrapo, de acordo item 8, empacotar com o TNT e repita o processo colando em cima do pacote);
11. Registrar as informações no livro de óbitos ou relatório de Enfermagem (nome, data, hora, DO, DNV (quando houver), sexo, peso, nome do médico, nome do enfermeiro e nome do maqueiro (ele assina);
12. Preencher as declarações de sepultamento (devem ser em duas vias, feitas pelo enfermeiro). Uma via fica no prontuário e a outra deve ser entregue ao maqueiro do necrotério;
13. Se solicitado SVO, o mesmo tem o prazo de 48h para ser realizado e deve ser assinado pelos pais ou responsável, que autoriza o procedimento;
14. Nos casos de solicitação de SVO, as respectivas placentas devem ser encaminhadas juntamente com o corpo, dentro de solução fisiológica 0,9%;
15. Chamar o funcionário do necrotério para remoção do corpo, como também da placenta, se for o caso;
16. Entregar ao funcionário do necrotério a via amarela da DNV e/ou DO, uma via da declaração de sepultamento;
17. Enviar o corpo ao necrotério, após o maqueiro assinar o livro de óbito do setor;
18. As vias brancas das DO e DNV devem ser encaminhadas ao NEPI do serviço e as vias rosas no prontuário.

OBSERVAÇÕES

- Os formulários de declaração de óbito (DO) encontram-se na UTI pediátrica;
- A declaração de nascido vivo (DNV) encontra-se no Pré Parto e deve ser protocolada;
- O formulário de declaração de sepultamento e SVO fazem parte dos impressos de cada setor;
- Na impossibilidade do exame (SVO) ser realizado no serviço, o mesmo pode ser realizado em outra unidade hospitalar, porém a família deve providenciar o transporte do corpo por funerária;

REFERÊNCIAS

Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 [Internet]. [Brasília]: Conama; 2005. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462>

Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2004 [citado em 24 ago. 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0306_07_12_2004.pdf/95eac678-d441-4033-a5ab-f0276d56aaa6

123- PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 123
PUNÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Emanuelle de Menezes, Karolina de Carvalho, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar a técnica de punção do cateter totalmente implantado na instituição visando manter o controle antisséptico do procedimento diminuindo número de infecções em cateteres.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CTI – Cateter Totalmente Implantado; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	2 pares de luvas estéreis; 3 pacotes de gazes; 2 ampolas de SF 0,9% 10 ml; seringa de 5e 10 ml; agulha 40 x 12; agulha tipo Huber ou Cytocan; campo estéril fenestrado; antisséptico (Clorexidina degermante 2% e Clorexidina alcoólica 2%); EPIs (máscara e touca descartável); curativo filme transparente de poliuretano esterilizado ou esparadrapo hipoalergênico; tesoura; sistema para infusão parenteral (soro conectado ao equipo e conexão de dupla via); saco plástico para descarte de lixo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento. Pedir para tomar banho, fazer a assepsia com sabonete no local do CTI e colocar a pomada anestésica (deixar de 30 a 40 minutos); A anestesia tópica é largamente utilizada na oncologia pediátrica;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Posicionar confortavelmente e despir a região do cateter a ser puncionado, respeitando a privacidade do paciente;
- Colocar os EPIs indicados (touca e máscara);
- Separar e abrir o material sobre o campo estéril;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Umedecer uma quantidade de gaze estéril (aproximadamente 5 unidades) com Clorexidina degermante, uma quantidade (aproximadamente 5 unidades) com Clorexidina alcoólica e uma quantidade (aproximadamente 5 unidades) com SF 0,9%;
- Orientar o paciente que vire a face para o lado contrário ao port/cateter, a fim de evitar contaminação durante o procedimento;
- Calçar um par de luvas estéril e realizar antissepsia da pele em movimentos circulares do centro para periferia com a Clorexidina degermante por no mínimo 03vezes, porém só deve parar quando as gazes estiverem sem nenhuma sujidade aparente;

- Retirar excesso da Clorexidina degermante da pele com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%;
- Realizar antissepsia com Clorexidina alcoólica em movimentos circulares do centro para periferia por, no mínimo, três vezes;
- Cobrir a área limpa com gaze estéril seca;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Aspirar a ampola de SF 0,9% utilizando a seringa de 10 ml conectada a agulha 40 x 12;
- Retirar a agulha e conectar seringa com SF 0,9% à agulha de Huber ou Cytocan e preencher completamente o circuito. Ao término, pinçar a agulha;
- Desconectar a seringa de 10 ml e conectar a seringa de 5 ml à agulha de Huber;
- Colocar campo estéril fenestrado sobre o reservatório;
- Palpar o reservatório com os dedos localizando o centro e introduzir a agulha de Huber fazendo um ângulo de 90° com a pele, até perceber contato com a parte inferior do port;
- Aspirar 5 ml de sangue e desprezar;
- Lavar o cateter utilizando a agulha preenchida com 10 ml de SF 0,9% e após pinçar a agulha;
- Ocluir inserção da agulha utilizando a técnica de curativo descrita no POP nº 140;
- Conectar o sistema de infusão à agulha;
- Recolher o material e realizar o descarte em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Realizar registro referente o procedimento realizado.

REFERÊNCIAS

Bonassa EM, Gato MI. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. São Paulo: Atheneu; 2012.

Bruzi LM, Mendes DC. Importância da assistência de enfermagem no manejo de complicação relacionada ao cateter totalmente implantável. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(2):522-6.

Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (BR). Parecer COREN-SC nº. 013/CT/2015 [Internet]. Florianópolis: COREN-SC; c2018. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/parecer-013-2015-cateter-totalmente-implantado-atribui%20a%20a%20b5es-dos-profissionais-de-enfermagem.pdf>

Oliveira EB, Reis MA, Avelar TM, et al. Cateteres venosos centrais totalmente implantáveis para quimioterapia: experiência com 793 pacientes. Rev. Col. Bras. Cir. 2012;40(3):186-90.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Zerati AE, Wolosker N, Luccia N, et al. Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. J Vasc Bras. 2016;16(2):128-39.

124- CURATIVO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 124
CURATIVO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão</u> Karolina de Carvalho, Adriana de Melo, Rubiane Silva, Mirella Romão		
<u>Objetivo:</u>	Manter o controle asséptico do procedimento através das técnicas assépticas adequadas prevenindo o número de infecções em cateteres.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	CTI – Cateter Totalmente Implantado; EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento não estéril e estéril; um pacote de gaze; antisséptico (Clorexidina alcoólica 2%); EPIs (máscara descartável e touca); curativo filme transparente de poliuretano esterilizado ou esparadrapo hipoalergênico; tesoura; sacoplástico para descarte de lixo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Apresentar-se ao acompanhante, informando nome, titulação ou função, e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento, ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome.

PROCEDIMENTOS

- Orientar o paciente quanto ao procedimento e posicioná-lo confortavelmente;
- Despir a região do cateter, respeitando a privacidade do paciente;
- Usar EPI adequado;
- Abrir o material sobre a bandeja e deixar já separado curativo filme transparente de poliuretano esterilizado ou esparadrapo hipoalergênico cortado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Remover o curativo com cuidado (com o auxílio de gaze embebida com álcool 70%), para não promover tração da agulha e agredir a pele;
- Higienizar mãos com álcool em gel;
- Calçar as luvas estéreis;

- Limpar com gaze embebida em Clorexidina a área próxima à inserção da agulha, por no mínimo três vezes, do centro do cateter para periferia, atentando para retirar toda sujidade de sangue que venha a ter na inserção da agulha devido punção;
- Ocluir inserção utilizando gaze sob as abas da agulha e acima também, uma vez que o esparadrapo hipoalergênico não é estéril. Se for utilizar o curativo filme de poliuretano, deixar curativo sem gaze para visualizar eventuais sangramentos.
- Recolher lixo e realizar o descarte em local apropriado;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Realizar o registro referente ao procedimento realizado.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (BR). Parecer COREN-SC nº. 013/CT/2015 [Internet]. Florianópolis: COREN-SC; c2018. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/parecer-013-2015-cateter-totalmente-implantado-atribui%20a%20os-dos-profissionais-de-enfermagem.pdf>

Lobo RD, Levin AS, Oliveira MS, et al. Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: continuous tailored education versus one basic lecture. *Am J Infect Control.* 2010;38(6):440-8.

Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, et al. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. *Am J Infect Control.* 2005;33(2):83-7.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Vasques CI, Reis PE, Carvalho EC. Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrative. *Acta Paul. Enferm.* 2009;22(5):111-222.

125- SALINIZAÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 125
SALINIZAÇÃO DE CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Emanuelle de Menezes, Karolina de Carvalho, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar a técnica de salinização do cateter totalmente implantado.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	BIC – Bomba de Infusão Contínua; CTI – Cateter Totalmente Implantado; EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento estéreis; luvas de procedimento não estéreis; 2 pacotes de gazes; uma ampola de água destilada (10 ml); seringa de 10 ml; agulha de 40 x 12; álcool 70%; EPIs (máscara descartável e touca); cloreto de sódio 0,9% (10 ml); esparadrapo hipoalergênico; saco plástico para descarte de lixo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento e posicioná-lo confortavelmente;
- Despir a região do cateter, respeitando a privacidade do paciente;
- Usar EPI adequado;
- Abrir o material sobre abandeja;
- Higienizar as mãos utilizando técnica descrita no POP n° 01;
- Embeber um pacote de gaze estéril com álcool 70%;
- Parar infusão da BIC com medicação, quimioterapia, soro e fechar a pinça corta fluxo (clamp);
- Calçar o par de luvas de procedimento;
- Retirar a gaze de proteção da conexão;
- Higienizar mãos com álcool em gel;
- Calçar as luvas estéreis;
- Preencher a seringa de 10 ml com solução fisiológica;
- Passar gaze embebida com álcool 70% na conexão friccionando, no mínimo, três vezes;
- Proteger a conexão com uma gaze estéril e a ponta do equipo com uma agulha, se o paciente estiver em infusão de medicações, soros e/ou quimioterápicos;
- Conectar a seringa de 10 ml preenchida com SF 0,9% e abrir a pinça;
- Lavar o CTI com a técnica em flush (pressão positiva a cada ml) e pinçar a agulha ao término;
- Conectar o equipo ao acesso ou colocar tampinha estéril;
- Fazer a proteção das conexões com gaze estéril;

- Acomodar o paciente confortavelmente;
- Descartar o material e local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos utilizando técnica descrita no POP nº 01;
- Realizar registro referente ao procedimento realizado.

REFERÊNCIAS

- Bruzi LM, Mendes DC. Importância da assistência de enfermagem no manejo de complicação relacionada ao cateter totalmente implantável. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):522-6.
- Encarnação RM, Marques P. Permeabilidade do cateter venoso central: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Enf. Ref*. 2013;3(9):161-9.
- Gil NL, Santos IA, Carvalho MD. The effect of salinization in maintenance of intermittent catheter. *Braz. Arch. Biol. Technol*. 2008;51(1):67-74.
- Halm MA. Flushing hemodynamic catheters: what does the science tell us?. *Am J Crit Care*. 2014;17(1):72-6.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Santos EJ. Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos [dissertação]. [Viseu]: Instituto Politécnico de Viseu; 2015.
- Santos EJ, Nunes MM, Cardoso DF, et al. Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):999-1007.

126- HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, ANTES DA MANIPULAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 126	
HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, ANTES DA MANIPULAÇÃO			
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u>	2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Edla Cirilo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.			
<u>Objetivo:</u>	Realizar a limpeza da cabine de segurança biológica antes da manipulação de quimioterápicos.		
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto.		
<u>Siglas:</u>	CSB – Cabine de Segurança Biológica; EPI – Equipamento de Proteção Individual.		
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.		
<u>Material necessário:</u>	Compressa de gaze; álcool 70%; EPIs (luvas estéreis, máscara de carvão ativado, avental impermeável, gorro, propés e óculos de proteção).		

PROCEDIMENTOS

- Ligar a lâmpada germicida meia hora antes do início da manipulação;
- O manipulador deverá paramentar-se, conforme técnica descrita no POP nº 147;
- Borrifar álcool em todas as paredes da capela e na bancada inferior;
- Com gaze estéril limpar as paredes da capela do fluxo em movimentos de cima para baixo e na bancada inferior os movimentos para limpeza é feito de dentro para fora;
- O vidro de proteção é limpo na parte de dentro e por fora.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Consulta Pública nº 108, de 27 de novembro de 2003 [Internet]. [Brasília]: Anvisa; 2003 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp\[5978-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp[5978-1-0].pdf)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC 67, de 8 de outubro de 2007 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (BR). Parecer COREN-DF nº 022/2010 Competência exclusiva do enfermeiro em ministrar quimioterápicos antineoplásicos [Internet].

Brasília: COREN-DF; 2010 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: df.gov.br/site/no-0222010-competencia-exclusiva-do-enfermeiro-em-ministrar-quimioterapicos-antineoplasicos

Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Oncológicos. I Consenso Brasileiro para Boas Práticas de Preparo da Terapia Antineoplásicas [Internet]. São Paulo: Sobrafo; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em:
http://www.sobrafo.org.br/site/public/docs/i_consenso_brasileiro_para_boas_praticas_de_preparo_da_terapia.pdf

127- HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, APÓS O TÉRMINO DA MANIPULAÇÃO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 127
HIGIENIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, APÓS O TÉRMINO DA MANIPULAÇÃO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Edla Cirilo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever técnica de higienização da cabine de segurança biológica, após manipulação de quimioterápicos.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	Compressa de gaze; álcool 70%; EPIs (luvas estéreis, máscara de carvão ativado, avental impermeável, gorro, propés e óculos de proteção).	

PROCEDIMENTOS

- Paramentação do manipulador, conforme as instruções do POP n° 147;
- Borrifar álcool em todas as paredes da cabine e na bancada inferior;
- Com gaze estéril, iniciar limpeza das paredes da cabine em movimentos de cima para baixo e na bancada inferior os movimentos para limpeza é feito de fora para dentro;
- Realizar a limpeza do vidro de proteção por dentro e por fora;
- Ligar a lâmpada germicida, por meia hora, após o término da manipulação.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Consulta Pública n° 108, de 27 de novembro de 2003 [Internet]. [Brasília]: Anvisa; 2003 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp\[5978-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp[5978-1-0].pdf)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n° 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC 67, de 8 de outubro de 2007 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>

Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Oncológicos. I Consenso Brasileiro para Boas Práticas de Preparo da Terapia Antineoplásicas [Internet]. São Paulo: Sobrafo; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em:

http://www.sobrafo.org.br/site/public/docs/i_consenso_brasileiro_para_boas_praticas_de_preparo_da_terapia.pdf

128- HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA, ANTES DO PREPARO DE QUIMIOTERÁPICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 128
HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS E ORGANIZAÇÃO DA CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA ANTES DO PREPARO DE QUIMIOTERÁPICOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Mirella Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar os procedimentos que antecedem a manipulação de quimioterápicos, como a higienização e organização da cabine de segurança biológica.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto do IMIP.	
<u>Siglas:</u>	CSB – Cabine de Segurança Biológica; EPI – Equipamento de Proteção Individual; SF – Soro Fisiológico; SG – Soro Glicosado.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	2 pares de luva estéril (no mínimo); gaze; álcool 70%; SF 0,9%; SG 5%; água destilada (10 ml); Cloreto de Sódio 0,9% (10 ml); caixa para descarte de material perfurocortante; EPIs (touca, propés, máscara de carvão ativado – PFF2, máscara de manipulação – respirador para vapores orgânicos, óculos de proteção, avental impermeável descartável).	

PROCEDIMENTOS

- Ligar a CSB no mínimo 30 minutos antes do início do trabalho, como também a luz ultravioleta e o ventilador;
- Colocar EPIs;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Paramentar-se;
- Higienizar frascos de quimioterápicos, conforme técnica descrita no POP n° 145;
- Desligar a luz ultravioleta e ligar a luz fluorescente;
- Calçar um par de luvas estéril;
- Realizar a desinfecção da CSB com gaze embebida com álcool 70%, no sentido vertical, de cima para baixo, e no sentido horizontal de dentro para fora;
- Realizar a desinfecção de todos os materiais com gaze embebida com álcool 70%, antes de colocar dentro da CSB;

- Abastecer a CSB com almotolia contendo álcool 70%, água estéril e solução de cloreto de sódio a 0,9%, para reconstituição dos antineoplásicos, coletor para descarte de material perfurocortante, coletor para resíduos tóxicos que não sejam perfurocortantes, medicamentos, seringas, agulhas, luvas, soros e EPIs;
- Higienizar soros, ampolas de água destilada e cloreto de sódio 0,9% e frascos das medicações e passar álcool 70% em todos;
- Retirar dos invólucros as gazes, seringas e equipos dentro da CSB;
- Identificar as seringas;
- Colocar o segundo par de luvas dentro da CSB, aproveitando a embalagem para fazer o campo estéril;
- Conectar os equipos nos soros e preencher antes de injetar o quimioterápico, evitando a formação de aerossóis.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC 67, de 8 de outubro de 2007 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>

Martins D, Santos JF, Lobão M, et al. Manipulação de quimioterápicos pelos profissionais da saúde. Rev. Ibirapuera. 2015;(10):57-61.

129- HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS DE QUIMIOTERÁPICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 129
HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS DE QUIMIOTERÁPICOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Edla Cirilo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Higienizar dos frascos de quimioterápicos.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; QT – Quimioterapia.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja; depósito plástico; sabão neutro; álcool 70%; EPIs (luva estéril, máscara decarvão ativado, avental impermeável).	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Colocar os EPIs necessários para realização do procedimento;
- Retirar do armário ou geladeira as medicações quimioterápicas necessárias para manipulação;
- Retirar as medicações das embalagens e colocar em depósito plástico com laterais altas;
- Colocar sabão neutro em todos os frascos e ampolas que serão higienizados;
- Espalhar sabão neutro pelos frascos e ampolas um por um, esfregar com escova e fazer a lavagem em água corrente;
- Após lavagem, colocar em depósito plástico e borrifar álcool 70% para finalizar a higienização e deixar sobre emersão de álcool, durante 20 minutos;
- Levar a medicação já higienizada para a sala de manipulação.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Consulta Pública nº 108, de 27 de novembro de 2003 [Internet]. [Brasília]: Anvisa; 2003 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp\[5978-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp[5978-1-0].pdf)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC 67, de 8 de outubro de 2007 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>

Sociedade Brasileira de Farmacêuticos Oncológicos. I Consenso Brasileiro para Boas Práticas de Preparo da Terapia Antineoplásicas [Internet]. São Paulo: Sobrafo; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em:
http://www.sobrafo.org.br/site/public/docs/i_consenso_brasileiro_para_boas_praticas_de_preparo_da_terapia.pdf

130- ROTULAÇÃO DAS MEDICAÇÕES ANTINEOPLÁSICAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 130
ROTULAÇÃO DAS MEDICAÇÕES ANTINEOPLÁSICAS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Eraldo Guimarães Neto, Mirella Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivos:</u>	Analisar a prescrição médica, verificando todos os componentes para preparação evitando interações e incompatibilidades; Sistematizar o preenchimento dos rótulos das preparações de antineoplásicos com o objetivo de garantir que o rótulo esteja na preparação correta e que as informações importantes estejam disponíveis durante a administração.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto e Pediátrico.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	Etiqueta de identificação padrão do serviço.	

PROCEDIMENTOS

- Analisar a prescrição médica juntamente com protocolo de quimioterapia estabelecido para o paciente;
- Converter a dose prescrita de mg (miligrama) para volume (saber a quantidade a ser aspirada do frasco);
- Preencher os seguintes campos no rótulo: data e hora da manipulação, volume total da solução, validade da preparação, fotossensibilidade e responsável pelo preparo;
- Analisar a prescrição médica, avaliando as informações presentes no rótulo preenchidas previamente e possíveis incompatibilidades droga/soro e interações entre medicamentos;
- Encaminhar os rótulos junto com os medicamentos, soros e equipos do paciente para a sala de limpeza e desinfecção, por meio do Pass Through;
- Atentar para a tripla checagem: médico prescritor, farmacêutico manipulador e enfermeiro administrador. Verificar protocolo, peso, superfície corpórea e prescrição médica em cada etapa até a administração.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n° 569/2018 [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (BR). Parecer COREN-DF n° 022/2010 Competência exclusiva do enfermeiro em ministrar quimioterápicos antineoplásicos [Internet]. Brasília: COREN-DF; 2010 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: df.gov.br/site/no-0222010-competencia-exclusiva-do-enfermeiro-em-ministrar-quimioterapicos-antineoplasicos

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

131- PARAMENTAÇÃO DO MANIPULADOR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 131
PARAMENTAÇÃO DO MANIPULADOR		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Edla Cirilo, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Paramentação adequada do responsável pela manipulação de quimioterápicos.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto.	
<u>Sigla:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	EPIs (luvas estéreis, máscara de carvão ativado, avental impermeável, gorro, propés e óculos de proteção).	

PROCEDIMENTOS

- O manipulador deverá paramenta-se na antessala de manipulação;
- Primeiro colocar o gorro, a máscara de carvão e óculos de proteção;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Colocar o capote estéril e impermeável, devidamente fechado;
- Calçar dois pares de luvas estéreis;
- O segundo par de luvas deve ser trocado a cada hora de manipulação ou em caso de algum derramamento de medicação;
- O avental também deve ser descartado caso, ocorra algum derramamento ou ao término da manipulação;
- No final da manipulação, as luvas devem ser descartadas no lixo de material tóxico.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Consulta Pública nº 108, de 27 de novembro de 2003 [Internet]. [Brasília]: Anvisa; 2003 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp\[5978-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp[5978-1-0].pdf)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC 67, de 8 de outubro de 2007 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2007 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-67-de-8-de-outubro-de-2007>

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (BR). Parecer COREN-DF nº 022/2010
Competência exclusiva do enfermeiro em administrar quimioterápicos antineoplásicos [Internet].

132- PADRONIZAÇÃO DO TRANSPORTE SEGURO DE QUIMIOTERÁPICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 132	
PADRONIZAÇÃO DO TRANSPORTE SEGURO DE QUIMIOTERÁPICOS			
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u>	2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Gicele Lima, Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Rafaella Tenório.			
<u>Objetivo:</u>	Descrever o transporte seguro da quimioterapia.		
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.		
<u>Sigla:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; QT – Quimioterapia.		
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia.		
<u>Material necessário:</u>	EPIs; recipiente isotérmico; prescrição médica.		

PROCEDIMENTOS

Toda QT após a manipulação deve ser conservada sob temperatura adequada a cada preparação. Durante a semana, um profissional da farmácia faz a distribuição das quimioterapias nos setores, seja ele a oncologia pediátrica, adulto ou hematologia. Já nos fins de semana, a QT permanece na farmácia central de diluição até que o técnico responsável por cada setor vá buscá-la. O transporte da QT deve ser feito em recipiente isotérmico exclusivo, de modo que a QT fique protegida de intempérie e da incidência direta de luz solar, garantindo uma temperatura adequada durante o tempo do transporte. O funcionário deve receber orientações com vistas à segurança ambiental e biossegurança, em caso de acidentes e emergências. Em caso de contaminação ambiental acidental no transporte da QT, é compulsória a notificação do ocorrido ao responsável pela preparação, assim como as providências de descontaminação e limpeza adotadas, de acordo com protocolos estabelecidos na instituição, como em casos de derramamento ou contaminação do profissional. Caso ocorra acidente, esse deverá ser notificado à gerência de risco do hospital em formulário específico.

- Dias de semana: profissional da farmácia se dirige aos setores para entrega de quimioterapias. Ao chegar no setor, se dirige ao enfermeiro ou técnico para entrega de QT e conferência; Fim de semana: membro da equipe de Enfermagem dirige-se até a farmácia central de diluição com o recipiente específico e protocolo de QT. Ao chegar ao ambulatório entra em contato com o farmacêutico que irá realizar a dispensação da medicação, após conferência do protocolo;
- Armazena a QT e dirige-se de volta ao setor de origem;
- Comunica ao enfermeiro responsável pelo setor o seu retorno;

- O enfermeiro deve conferir a medicação que foi entregue;
- Se o paciente estiver em outras clínicas (UTI, clínica médica), impossibilitado de vir ao ambulatório, o enfermeiro do ambulatório irá até o local para administração, para isso faz necessário o transporte seguro para preservação e segurança no processo.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Andrade CC. Farmacêutico em oncologia: interfaces administrativas e clínicas [Internet]. Fortaleza: Instituto do Câncer do Ceará; 2009 [citado em 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/70/encarte_pb70.pdf
- Borges GG, Nunes LM, Santos LC, et al. Biossegurança na central de quimioterapia: o enfermeiro frente ao risco químico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014;60(3):247-50.
- Maia PG, Brito JC. Riscos relacionados à exposição de trabalhadores a quimioterápicos antineoplásicos: uma análise crítica da produção científica brasileira. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(1):251-65.

133- CONTAMINAÇÃO PESSOAL POR QUIMIOTERÁPICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 133
CONTAMINAÇÃO PESSOAL POR QUIMIOTERÁPICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar condutas de segurança diante de contaminação acidental por citostático.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Sigla:</u>	O ₂ – Oxigênio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico.	
<u>Material necessário:</u>	Água corrente; sabão; bicarbonato de sódio; cloreto de sódio 0,9%; saco plástico.	

PROCEDIMENTOS

- Retirar imediatamente qualquer peça contaminada e descartar em sacos plásticos apropriados;
- Lavar a área afetada com água e sabão em abundância;
- Em caso de contato cutâneo, lavar as mãos cuidadosamente com água em abundância e sabão por no mínimo dez minutos;
- Caso haja irritação e/ou laceração da área afetada, procurar um especialista para examinar o local exposto;
- Caso haja exposição com Mitomicina C, lavar com bicarbonato de sódio;
- Caso haja exposição ocular acidental, lavar os olhos com água abundante durante 15 minutos, aplicar uma solução de cloreto de sódio 0,9%;
- Registrar o acidente de trabalho na medicina do trabalho.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Borges GG, Nunes LM, Santos LC, et al. Biossegurança na central de quimioterapia: o enfermeiro frente ao risco químico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014;60(3):247-50.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-210/1998 [Internet]. [Brasília]: COFEN; c2015 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen2101998_4257.html/print/
- Ferreira AR, Ferreira EB, Campos MC, et al. Medidas de biossegurança na administração de quimioterapia antineoplásica: conhecimento dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2016;62(2):137-45.

Maia PG, Brito JC. Riscos relacionados à exposição de trabalhadores a quimioterápicos antineoplásicos: uma análise crítica da produção científica brasileira. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(1):251-65.

134- DERRAMAMENTO DE QUIMIOTERÁPICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 134
DERRAMAMENTO DE QUIMIOTERÁPICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar as condutas de segurança pela equipe de serviços gerais e de Enfermagem, diante da ocorrência de derramamento de quimioterápico.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto e Pediátrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia, serviços gerais.	
<u>Material necessário:</u>	<p>Kit Derramamento: manter um “kit” de derramamento identificado e disponível nas áreas onde são realizadas atividades com quimioterápicos ou próxima delas. Informar todos os envolvidos nos processos com quimioterapias como utilizar o “kit”.</p> <p>Este deve conter: avental de baixa permeabilidade; compressas absorventes; máscara de carvão ativado; óculos de proteção; sabão neutro; um par de luvas de procedimento; um par de luvas de expurgo; uma colher de sopa; propés impermeáveis; gorro; gases; um saco de resíduos tóxicos; escova descartável; ficha de descrição do procedimento.</p>	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Isolar e sinalizar a área afetada, afim de submetê-la à limpeza imediata;
2. Promover uma maior ventilação do local por no mínimo 30 minutos;
3. Colocar os EPIs do “kit” derramamento;
4. Para líquidos, recolher os resíduos com gaze ou papel absorvente seco, evitando a formação de aerossóis e acondicionar em sacos plásticos devidamente identificados como resíduos tóxicos;
5. Para liofilizados: recolher com gaze ou papel absorvente umedecido e acondicionar em recipientes rígidos;
6. Lavar o local, por no mínimo três vezes, com solução detergente e, em seguida, limpar com água;
7. Recolher, com o auxílio de colher e escova descartável, os fragmentos de vidros, evitando corte ou respingos e desprezar no recipiente destinado para perfurocortantes;
8. Desprezar todo o material utilizado para limpeza em saco plástico identificado como resíduo tóxico;
9. Para grandes derrames (mais de 5 ml de líquido ou 5 g da droga), evitar que o derrame se espalhe com papel absorvente ao redor (úmido para sólidos e seco para líquidos) e sobre o derramamento.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Borges GG. Manual de boas práticas sobre risco químico na central de quimioterapia do Inca a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.

- Borges GG, Nunes LM, Santos LC, et al. Biossegurança na central de quimioterapia: o enfermeiro frente ao risco químico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014;60(3):247-50.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-210/1998 [Internet]. [Brasília]: COFEN; c2015 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen2101998_4257.html/print/
- Ferreira AR, Ferreira EB, Campos MC, et al. Medidas de biossegurança na administração de quimioterapia antineoplásica: conhecimento dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2016;62(2):137-45.
- Maia PG, Brito JC. Riscos relacionados à exposição de trabalhadores a quimioterápicos antineoplásicos: uma análise crítica da produção científica brasileira. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(1):251-65.
- Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

135- ADMINISTRAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICO VIA ENDOVENOSA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 135
ADMINISTRAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICO VIA ENDOVENOSA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Fernanda de Oliveira, Vanessa Siqueira, Edla Cirilo, Emanuelle de Menezes, Ilka Mafra, Luzinete dos Santos, Adriana de Melo, Rafaella Tenório.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever e normatizar os procedimentos utilizados para administração de antineoplásicos endovenosos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, fisioterapeuta.	
<u>Siglas:</u>	AVP – Acesso Venoso Periférico; CSB – Cabine de Segurança Biológica; CTI – Cateter Totalmente Implantado; PICC- Cateter de Inserção Periférica EPI – Equipamento de Proteção Individual; PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; QT – Quimioterapia; SSVV – Sinais Vitais	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário do paciente; PEP; EPIs (luvas, máscaras, toucas, óculos e avental específico); gazes estéreis; álcool 70%; carro de emergência; termômetro; tensiômetro; estetoscópio; balança; material para punção de acesso venoso periférico, material para punção de cateter totalmente implantado e material para ativação do cateter de inserção periférica.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;

<ul style="list-style-type: none"> • Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento; • Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.
<p>DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação e o conforto do paciente; • Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto; • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção <p style="text-align: right;">Perry e Potter (2021)</p>

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Reunir o material necessário para a punção do acesso venoso periférico, conforme POP n° 11 ou para punção do CTI, conforme POP n° 139 ou para manuseio com o PICC, conforme POP n°11;
- Conferir a medicação, dose, superfície corpórea (tripla checagem: prescritor >>> manipulador >>> administrador), tempo de infusão, via, nome e registro do paciente, assim como o protocolo de QT estabelecida para o paciente;
- Reunir os EPIs necessários para instalação dos antineoplásicos (avental impermeável, touca, máscara PFF2, óculos);
- Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- Verificar SSVV, conforme técnica descrita no POP n° 10;
- Escolher o local de punção (AVP ou CTI);
- Puncionar AVP, conforme técnica descrita no POP n° 11, ou CTI, conforme técnica descrita no POP n° 139, ou ativação do PICC, conforme POP n°11;

- Em caso de AVP, dar prioridade a veia periférica mais distal dos membros superiores e de maior calibre acima das áreas de flexão. Lembrar de nunca puncionar membro que tenha sido realizado esvaziamento axilar devido mastectomia;
- Administrar antieméticos ou outras medicações prescritas;
- Administrar os quimioterápicos antineoplásicos, conforme ordem de infusão de cada protocolo, respeitando os preceitos de antineoplásicos ciclo específico primeiro, vesicantes e depois as irritantes e inespecíficas;
- Checar a realização da medicação na prescrição, anotar o horário de início e término da quimioterapia;
- Em caso de extravasamento de quimioterápicos, seguir protocolo da instituição, conforme POP nº 152;
- Descartar o material em local apropriado;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Assistir e orientar o paciente com relação aos efeitos colaterais e adversos;
- Realizar anotações de Enfermagem, relatando qual acesso escolhido, permeabilidade do mesmo, se infusão concluída com ou sem intercorrências SSVV durante infusão.

REFERÊNCIAS

Archer E, et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Bonassa EM. Quimioterapia na enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2005. 538p.

Fonseca SM, Machado RC, Paiva DR, et. Al. Manual de quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rocha FL, Marziale MH, Robazzi ML. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para prevení-los. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2004;12(3):511-7.

Santos AD, Pito GB. Acesso vascular para quimioterápicos antineoplásicos: manual ilustrativo. Maceió: Uncisal & Lava; 2006.

136- ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 136
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Mirella Martins, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar as condutas da equipe de Enfermagem diante do extravasamento do quimioterápico.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia Pediátrica e Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual; QT – Quimioterápico; SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Bandeja ou cuba rim; seringa (3, 5 ou 10 ml); algodão; gaze; material para curativo (conforme protocolo da instituição); antídoto específico (conforme protocolo da instituição); bolsa de compressa quente e fria; EPIs (luvas de procedimentos, avental impermeável, máscara facial, óculos com proteção lateral).	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021)

PROCEDIMENTOS

Sinais de Extravasamento

- Diminuição do fluxo de soro ou parada total;
- Paciente queixa-se de queimação, dor ou agulhada;
- Edema ou vermelhidão na área da punção venosa;
- Parada de retorno venoso.

Ações

1. Interromper imediatamente a infusão do quimioterápico instalado;
2. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
3. Não retirar o dispositivo intravenoso;
4. Aspirar pelo dispositivo a medicação extravasada residual o quanto puder;
5. Aplicar o antídoto específico (subcutâneo, endovenoso ou tópico), conforme protocolo da instituição ou prescrição médica, em até 1h;
6. Injetar antídoto endovenoso pelo mesmo dispositivo;
7. Remover o dispositivo intravenoso, evitando fazer compressão local;
8. Cobrir o local com curativo oclusivo estéril sem compressão;
9. Aplicar compressa aquecida ou gelada, conforme indicação;
10. Orientar ao paciente manter o membro elevado por 48h;
11. Administrar analgésicos sistêmicos e locais, conforme prescrição médica;

12. Comunicar médico imediatamente à detecção do extravasamento;
13. Fazer anotações de Enfermagem descritivas relacionadas ao procedimento executado no impresso diário da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do paciente, identificando: data, hora, local, dispositivo do extravasamento, sequência de medicamentos, notificação do médico e tratamento de Enfermagem;
14. Documentar fotograficamente e registrar em prontuário a evolução do caso.

Cuidados especiais

1. Se o extravasamento ocorreu por acesso central, verificar se há depósito de líquido próximo ao reservatório dos cateteres totalmente implantados ou na região de saída de cateteres tunelizados. Tentar aspiração da droga presente no local;
2. Para as drogas vincristina, vinorelbine, vindesina, vinblastina, etoposídeo, teniposido: no local onde ocorreu o extravasamento do quimioterápico deverá ser aplicada compressa com água levemente aquecida, por 15 minutos, de 3 a 4 vezes ao dia, durante as 24 ou 48h subsequentes ao evento corrido, avaliando resposta do paciente;
3. Para os demais quimioterápicos: no local onde ocorreu o extravasamento do quimioterápico deverá ser aplicada compressa com água fria, por 15 minutos, de 3 a 4 vezes ao dia, durante as 48h subsequentes ao evento ocorrido, avaliando resposta do paciente;
4. Observar regularmente a presença de eritema, endurecimento, necrose ou queixa de dor local;
5. Os antídotos subcutâneos, endovenosos e tópicos deverão ser os estabelecidos em protocolos médicos da instituição. Portanto, notificar imediatamente o médico para estabelecer conduta medicamentosa;
6. A documentação fotográfica deve ser realizada mediante autorização do paciente ou familiar, registrada e assinada pelo responsável.

ANEXO

DROGA EXTRAVASADA	ANTÍDOTO SUGERIDO	ACONSELHAMENTO	COMPRESSAS
<ul style="list-style-type: none"> Antraciclina: Doxorrubicina; Epirubicina; Daunorrubicina; Idarubicina. 	<ul style="list-style-type: none"> Dexrazoxano; Dexametasona tópica; 	<ul style="list-style-type: none"> Dexrazoxano: D1 – 1000 mg/m²; D2 – 1000 mg/m²; D3 – 500 mg/m² Deve-se iniciar o tratamento até 6h do extravasamento, durante 3 dias. Dexametasona tópica: Três vezes ao dia no sítio do extravasamento até reavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Fria: 20 minutos três vezes ao dia até reavaliação.
<ul style="list-style-type: none"> Antraciclina: Mitomicina C; Doxorrubicina; Epirubicina; Idarubicina; Actinomicina D. 	<ul style="list-style-type: none"> Dexametasona tópica; 	<ul style="list-style-type: none"> Dexametasona tópica: três vezes ao dia no sítio do extravasamento até reavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Fria: 20 minutos três vezes ao dia até reavaliação.
<ul style="list-style-type: none"> Alcalóides: Vinblastina; Vincristina; Vinorelbina; Etoposide; Topotecano; Irinotecano; Paclitaxel; Docetaxel. 	<ul style="list-style-type: none"> Hyaluronidase; Dexametasona tópica; 	<ul style="list-style-type: none"> Hyaluronidase: Administrar 150-1500UI em tecido subcutâneo ao redor do extravasamento. Dexametasona tópica: Três vezes ao dia no sítio do extravasamento até reavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Aquecida: 20 minutos três vezes ao dia até reavaliação.
<ul style="list-style-type: none"> Demais drogas 	<ul style="list-style-type: none"> Dexametasona tópica; 	<ul style="list-style-type: none"> Dexametasona tópica; 	<ul style="list-style-type: none"> Fria: 20 minutos três vezes ao dia até reavaliação.

REFERÊNCIAS

- Bruno ML, Barbosa IM, Sales DS, et al. Condutas de enfermagem no extravasamento de quimioterápicos antineoplásicos: protocolo operacional padrão. Rev enferm UFPE on line. 2014;8(4):974-80.
- Freitas KA, Popim RC. Manual de extravasamento de antineoplásicos [Internet]. Botucatu: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu; 2015 [citado em 16 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/01/manual-de-extravasamento-de-antineopl%e3%81sicos-2015-e-book.pdf>
- Maia VR, Dantas AC, Santos MG, et al. Protocolos de enfermagem: administração de quimioterapia antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas [Internet]. [Rio de Janeiro]: HEMORIO; 2010 [citado em 16 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/ccih.pdf>
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Souza NR, Bushatsky M, Figueiredo EG, et al. Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. Esc Anna Nery. 2017;21(1):111- 222.

137- ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERMAMENTO QUIMIOTERÁPICO, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 137
ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERMAMENTO QUIMIOTERÁPICO, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Soares, Adriana de Melo, Rafaella Tenório.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar encaminhamento dos pacientes que serão submetidos internamento para quimioterapia.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	CTI – Cateter Totalmente Implantado; QT – Quimioterapia; QT-IT – Quimioterapia Intratecal.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Confirmação do internamento, por meio do médico assistente; prontuário do paciente.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021)

PROCEDIMENTOS

Entrar em contato com o setor que receberá o paciente:

- Verificar vaga;
- Checar prontuário do paciente, observando se está com todos os documentos necessários para o internamento (AIH, prescrição, solicitação de exames, evolução médica, prescrição de quimioterapia, se houver);
- Informar condições clínicas do paciente e motivo do internamento;
- Se fez QT-IT informar horário do procedimento.
- Comunicar ao paciente e familiar que será internado;
- Caso o paciente não seja portador de CTI encaminhá-lo ao internamento, se a vaga já estiver disponível
- Solicitar ao paciente portador de CTI ou acompanhante auxiliar no banho com a higienização rigorosa da área do CTI e colocação da pomada anestésica e cobrir com curativo. Aguardar aproximadamente 40 minutos para puncionar, caso seja possível no ambulatório;
- Puncionar o CTI, conforme técnica descrita no POP n° 139;
- Comunicar ao médico assistente e ao enfermeiro do local onde o paciente ficará se houver alguma alteração e o funcionamento do CTI;
- Encaminhar paciente e acompanhante ao setor de internamento juntamente com um funcionário do setor.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-dejunho-de-1986_4161.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

138- ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERNAMENTO PARA A ANTIBIOTICOTERAPIA, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 138
ADMISSÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO ENCAMINHADO DO AMBULATÓRIO PARA INTERNAMENTO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA, NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Soares, Adriana de Melo, Rafaella Tenório.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar encaminhamento do paciente submetido antibioticoterapia.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	CTI – Cateter totalmente implantado; PCR – Proteína C Reativa; UTI – Unidade de Terapia Intensiva. PICC – Cateter de Inserção Periférica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Prescrição médica; prontuário do paciente.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Entrar em contato com o setor que receberá o paciente;
- Verificar vaga;
- Checar prontuário do paciente, observando se está com todos os documentos necessários para o internamento (AIH, prescrição, antimicrobiano, solicitação de exames, evolução médica);
- Informar as condições clínicas do paciente;
- Verificar se paciente se enquadra em neutropenia febril, e agilizar ao máximo os procedimentos a serem realizados.
- Puncionar acesso venoso periférico imediato e realizar a coleta de hemocultura periférica, PCR e bioquímica, caso o paciente não possua CTI;
- Realizar de imediato a punção do CTI (POP n° 139) dando ênfase na assepsia da região do cateter, coletando hemocultura transcateter e periférica, PCR e bioquímica, em casos de portadores de CTI;
- Nos casos de pacientes com PICC, realizar ativação, conforme POP n° 11 e realizar as coletas de hemocultura transcateter e periférica, PCR e bioquímica;
- Iniciar, após as coletas, os antibióticos prescritos;
- Comunicar ao paciente e aos familiares que após administração dos antibióticos será transferido para o setor solicitado pelo médico, podendo ser Oncologia I, II ou UTI Oncológica;

- Comunicar alguma alteração na região do CTI ou PICC, bem com, alteração em seu funcionamento;
- Encaminhar para o setor o prontuário do paciente.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-dejunho-de-1986_4161.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

139- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE DO AMBULATÓRIO PARA UTI ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 139
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE DO AMBULATÓRIO PARA UTI ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Soares, Adriana de Melo, Rafaella Tenório.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar transferência do paciente grave para a UTI da Oncologia Pediátrica.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Reanimador manual com máscara e reservatório; fonte de oxigênio com umidificador e fluxômetro; aspirador portátil; medicações e materiais de urgência: soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; adrenalina; água destilada; seringas de 1 cc, 3 cc, 5 cc e 10 cc; agulhas 25 x 7 e 40 x 12; laringoscópio com lâminas; cânula endotraqueal; sonda para aspiração endotraqueal; material para punção acesso venoso periférico.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Estabilizar hemodinamicamente as condições do paciente para realizar a transferência;
- Entrar em contato com o setor que receberá o paciente;
- Verificar vaga;
- Checar prontuário do paciente, observando se está com todos os documentos necessários para o internamento (AIH, prescrição, antimicrobiano, solicitação de exames, evolução médica);
- Informar as condições clínicas do paciente;
- Explicar os objetivos da transferência ao acompanhante;
- Separar material que será levado na transferência;
- Preparar equipe (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem);
- Solicitar a presença do maqueiro para transferência do paciente;
- Chamar o elevador e pedir para ascensorista aguardar a chegada do paciente e equipe;
- Contactar, pela segunda vez, para o setor que receberá o paciente, confirmando a saída do mesmo;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Verificar a necessidade de fechar a sonda e cateter se houver;
- Realizar a transferência do paciente com a equipe e prontuário.

REFERÊNCIAS

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (BR). Parecer técnico coren-pe nº 003/2015 [Internet]. Recife: COREN-PE; 2015 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em:

http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0032015_4124.html Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Silva R, Amante LN. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm.* 2014;24(2):539-47.

140- CURATIVO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 140
CURATIVOS DOS CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRIA (PICC)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane Silva, Danielle Silva, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Manter o controle asséptico do procedimento por meio das técnicas adequadas, prevenindo o número de infecções em cateteres central de inserção periférica, e controlando o número de implantes e reimplantes dos mesmos.	
<u>Abrangência:</u>	Oncologia pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; NPT – Nutrição Parenteral Total; PICC – Acesso Cateter de inserção periférica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimentos; luvas esterilizadas; gases; Clorexidina alcoólica a 2%; clorexidina alcoólica 1%; Clorexidina aquosa 0,12%; filme transparente de poliuretano esterilizado; fita microporosa hipoalergênico; lâmina de bisturi; statlock.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

<p>e explique a origem de qualquer desconforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.
<p>PÓS - PROCEDIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar itens sujos no recipiente apropriado; • Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1; • Agradecer ao paciente pela ajuda; • Fazer com que o paciente se sinta confortável; • Retornar o leito para posição baixa e travar o leito; • Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis; • Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado); • Relatar imediatamente qualquer achado anormal; • Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço; • Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário; • Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção
Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

As trocas dos curativos dos PICC nos pacientes internados nas enfermarias da oncologia pediátrica são realizadas pelos enfermeiros do setor utilizando técnicas assépticas adequadas, Controlando o implante e reimplantes desses cateteres.

Trocas de curativos dos PICC

1. Observar nas enfermarias ou ambulatório a necessidade da troca de curativo dos pacientes com PICC;
2. Realizar o curativo após 48h da sua implantação posteriormente a cada 7 dias;
3. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente, se o mesmo estiver consciente, e/ou ao acompanhante;
4. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
5. Preparar o material;
6. Calçar as luvas de procedimentos;
7. Pedir ao acompanhante ou a um outro técnico de enfermagem para segurar o paciente, se o mesmo for criança;
8. Retirar o curativo anterior, com gaze e spray removedor de curativos;
9. Retirar as luvas de procedimentos;
10. Verificar a necessidade da troca do statlock, se necessário realizar a troca;
11. Calçar as luvas estéreis;

12. Embeber a gaze com a solução de Clorexidina alcoólica a 2% e realizar a antissepsia do local de inserção/cateter por meio de movimentos circulares do centro para a periferia;
13. Embeber a gaze com solução de Clorexidina alcoólica a 1% (ou clorexidina aquosa a 0,12% em peles sensíveis) e realizar a antissepsia na área adjacente a inserção do PICC;
14. Realizar se necessário a fixação do statlock na área indicada no PICC;
15. Secar o local com gaze estéril;
16. Aplicar spray barreira na área adjacente a inserção do PICC;
17. Proteger o statlock com gaze estéril;
18. Fixar o filme transparente à pele, com cautela, para o mesmo não enrugar;
19. Se necessário utilizar fita microporosa protegendo o óstio do cateter com gaze estéril, com troca após 48h;
20. Retirar a proteção do filme transparente;
21. Se necessário realizar a salinização do PICC, com solução salina a 0,9%, com técnica em flash, com seringa de 10ml ou 20ml;
22. Colocar a data da realização ou da troca do curativo;
23. Proteger o dispositivo de múltiplas infusões com gaze e fechar com micropore;
24. Recolher o material;
25. Descartar adequadamente, de acordo com o tipo de resíduo;
26. Fazer a assepsia correta das mãos.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA A REALIZAÇÃO DOS CURATIVOS DE PICC

- Os curativos com filme transparente só devem ser realizados 48h após a implantação do cateter e se o mesmo estiver limpo, sem sangramento;
- Para os casos que – mesmo após 48h da punção – continuem com sangramentos, realizar curativos compressivos com gaze e fita microporosa hipoalergênico;
- Os curativos com filme transparente devem ser trocados a cada 7 dias, ou imediatamente, se o mesmo se apresentar sujo, úmido, solto, e se houver presença de sangramentos ou secreções;
- Não molhar o sítio de inserção durante o banho (realizar proteção com saco plástico limpo e fitas adesivas);
- Não utilizar pomadas ou cremes no local da inserção;
- Realizar desinfecção das conexões antes da infusão das medicações com álcool 70%;
- Trocar o sistema de infusão a cada 96h, e em caso de infusão de nutrição parenteral (NPT), a cada dieta;
- Utilizar, de preferência, cateter ou lume exclusivo para NPT.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa; 2017.

Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, et al. Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. *Am J Infect Control*. 2005;33(2):83-7.

Lobo RD, Levin AS, Oliveira MS, et al. Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: continuous tailored education versus one basic lecture. *Am J Infect Control*. 2010;38(6):440-8.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

141- ADMISSÃO DO PACIENTE NEUTROPÊNICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 141
ADMISSÃO DO PACIENTE NEUTROPÊNICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann; José da Silva, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar os cuidados aos pacientes neutropênicos.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	PCR – Parada Cardiorrespiratória.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Tubos específicos para coleta de exames laboratoriais; prontuário.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Realizar a admissão utilizando o histórico de Enfermagem do serviço e verificar se o mesmo está em tratamento oncológico;
- Checar hemograma;
- Colocar paciente em Isolamento Reverso;
- Se, neutrófilos abaixo de 1500, mais presença de um pico febril de 38°C ou 1h de temperatura de 37,8°C:
- Conferir se foi solicitado pelo médico assistente: hemograma, ionograma, função renal, PCR, sumário de urina e urocultura, hemocultura de sangue periférico e transcateter (um frasco aeróbio e anaeróbio para cada tipo de amostra), raio X de tórax;
- Ter cuidado no cumprimento do antibiótico prescrito nos seus devidos horários, (inicialmente Cefepime ou Cefepime + Vancomicina) e hidratação.

REFERÊNCIAS

- Ferreira JN, Correia LR, Oliveira RM, et al. Managing febrile neutropenia in adult cancer patients: an integrative review of the literature Rev. Bras. Enferm. 2017;70(6):1301-8.
- Ferreira UN, Correia LR, Oliveira RM, et al. Manejo da neutropenia febril em pacientes adultos oncológicos: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2017;70(6):111-222.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rabagliati B R, Fuentes L G, Orellana U E, et al. Etiología de episodios de neutropenia febril en pacientes adultos con cáncer hematológico y de órganos sólidos en el hospital clínico universidad católica, Santiago-Chile. Rev. chil. infectol. 2009;26(2):106-13.
- Santolaya de PAE, Rabagliati B R, Bidart HT, et al. Consenso racional de pacientes com câncer, neutropenia e febre Rev Chil Infect. 2005;22(Supl. 2):S79-S113.

Venâncio IM. Neutropenia febril em doentes oncológicos [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2013.

142- ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 142
ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Luciana de Amorim, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Orientar o paciente, a fim de que ele retorne para revisão, administre os medicamentos corretamente em sua residência e em caso de intercorrências, saiba a como deve proceder.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; QT – Quimioterapia; SPA – Serviço de Pronto Atendimento.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente administrativo.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); resumo de alta; prescrição médica; formulário de avaliação e satisfação do usuário.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;

- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. Confirmar a alta com o médico assistente e no prontuário;
2. Comunicar ao técnico de enfermagem responsável;
3. Comunicar ao paciente e acompanhante;
4. Registrar as orientações dadas ao paciente a respeito dos curativos, uso de medicações, cuidados em casa, se houver, e em quais circunstâncias deverá retornar ao SPA;
5. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
6. Verificar se acesso venoso, sonda e dreno foram retirados;
7. Solicitar que o paciente ou acompanhante marque consulta de retorno como oncologista clínico que o(a) acompanha no ambulatório de Oncologia, de acordo com resumo de alta;
8. No caso de pacientes em tratamento com QT infusional, registrar na agenda de reserva a data que o deverá retornar, com nome completo, registro, telefone para contato, protocolo e ciclo de QT;
9. Devolver todos os exames de imagens realizados no internamento, com o objetivo que o médico assistente tenha conhecimento dos resultados a nível ambulatorial;
10. Devolver guia de exame agendado caso seja necessário realizar após alta hospitalar;
11. Solicitar que seja preenchido o formulário de avaliação e satisfação do usuário;
12. Solicitar que o técnico de enfermagem acompanhe o paciente até a portaria para liberação do mesmo;
13. Registrar a alta no censo diário, no relatório e no sistema MV;
14. Organizar o prontuário e solicitar que ele seja entregue na CCIH.

REFERÊNCIAS

Cruz IM, Mantovani MF. Orientação de enfermagem para a alta hospitalar do paciente neoplásico. *Cogitare Enferm.* 2014;19(4):687-93.

Ganzella M, Zago MM. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2007;21(2):351-5.

Honório RP, Caetano JA. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. *Rev. Eletr. Enf.* 2009;11(1):188-93.

Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm.* 2017;20(3):345-50.

Perry AG, Potter PA. *Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem.* 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

143- TRIAGEM NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 143
TRIAGEM NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Fernanda de Oliveira, Vanessa Siqueira, Edla Cirilo, Adrianade Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever parâmetros necessários para triagem de pacientes oncológicos e liberação de medicamentos quimioterápicos, hematológicos e reumatológicos.	
<u>Abrangência:</u>	Ambulatório de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	CID – Código Internacional de Doença; PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; PA – Pressão Arterial; QT – Quimioterapia; SSVV – Sinais Vitais; SUS – Sistema Único de Saúde.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente administrativo.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário do paciente; etiqueta do paciente; pulseiras para identificação do paciente; agenda de controle de fluxo; etiquetas para liberação de QT; tensiômetro; estetoscópio; termômetro; cartão do setor; exames laboratoriais; computador; impressora.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS**Equipe para atendimento**

- Enfermeiros
- Assistente administrativo;
- Técnico de enfermagem.

QUIMIOTERAPIA

1. Paciente ao chegar para realizar quimioterapia, entrega o cartão e o resultado de exame (de até 3 dias antes) ao administrativo da recepção;
2. O cartão deverá conter identificação do paciente, tipo de alergia, tipo sanguíneo, CID, nome do médico assistente, datas das consultas médicas e informações sobre o tratamento;
3. O paciente recebe uma pulseira de identificação para sua segurança, que deverá conter o número do prontuário, nome, data de nascimento, nome da mãe, endereço e cartão do SUS, por vez, deverá ser conferido por todos da equipe;
4. O administrativo organiza a ficha de atendimento, de acordo com a ordem de chegada e identifica os pacientes que são prioridades de atendimento (acamado, cadeirante, QT demorada, idoso, paciente do interior), logo confirma o atendimento no sistema e envia o cartão, o exame e o prontuário para sala de triagem;

5. Se o paciente tiver consulta médica no mesmo dia do tratamento, é necessário primeiro ser avaliado pelo médico para, em seguida, entregar o cartão novamente para recepção, para dar início ao fluxo de liberação de medicamento;
6. O técnico de enfermagem verifica as medidas (peso e altura) e afere os SSVV, conforme POP nº 10;
7. O enfermeiro analisa o exame e faz uma entrevista com paciente sobre suas principais queixas (pergunta se teve febre, diarreia, tosse, disúria, alteração da PA, e outras queixas relevantes);
8. Os exames laboratoriais precisam contemplar os seguintes parâmetros para serem liberados pelo enfermeiro: Hemoglobina $\geq 9,0$ g/dl; Leucócitos totais ≥ 2500 uL, Neutrófilos ≥ 1500 uL, Plaquetas acima de 100.000 mm³, Uréia até 40 mg/dl e Creatinina até 1,2 mg/dl;
9. Caso o paciente apresente sintomas ou o exame alterado, será avaliado pelo médico residente para liberação ou suspensão da QT;
10. Caso o médico suspenda a quimioterapia do paciente, esse deverá remarcar a QT para o dia acordado com o médico e o enfermeiro;
11. Se a quimioterapia for liberada, o enfermeiro preencherá as etiquetas, de acordo com a evolução e prescrição médica;
12. O enfermeiro deverá digitar no PEP as informações do paciente, como: peso, altura, SSVV, exames e protocolo, caso tenha mudança de QT, também deverá identificar a mudança de protocolo (medicação, dose e o dia ou ciclo) no cartão e no PEP;
13. O prontuário é encaminhado para a sala de medicação devidamente liberado com as etiquetas;
14. Após liberação, o cartão do paciente é enviado para os técnicos de enfermagem responsáveis pela marcação, que deverá agendar a volta para a próxima QT, e o enfermeiro solicita os exames para avaliar na próxima sessão;
15. O técnico de enfermagem da sala de QT chama o paciente, confere o nome e o registro da pulseira com o prontuário para administração de QT;
16. Ao término do tratamento, o paciente recebe o cartão que consta o retorno do tratamento.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-210/1998 [Internet]. [Brasília]: COFEN; c2015 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html/print/

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 544/2017 [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado em 31 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 569/2018 [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (BR). Parecer COREN-DF nº 022/2010 Competência exclusiva do enfermeiro em ministrar quimioterápicos antineoplásicos [Internet]. Brasília: COREN-DF; 2010 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/no-0222010-competencia-exclusiva-do-enfermeiro-em-ministrar-quimioterapicos-antineoplasicos>

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Rosa LM, Mercês NN, Marcelino SR, et al. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):487-93.

144- PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 144
PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO		
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão: 2024
Responsável pela revisão: Keityane da Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
Objetivo:	Descrever os passos da primeira Consulta de Enfermagem realizada no Ambulatório de Oncologia Adulto.	
Abrangência:	NATONCO, Ambulatório de Oncologia Adulto.	
Siglas:	PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; QTAN – Quimioterapia Antineoplásica; SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem; SSVV – Sinais Vitais; TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
Competência:	Enfermeiro.	
Material necessário:	Prontuário do paciente; computador para acessar o PEP; SAE; TCLE; tensiômetro; estetoscópio; balança; manual de orientações sobre o serviço.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

- e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. A consulta de Enfermagem realizada no NATONCO será a triagem antes da consulta médica para avaliação da documentação e exames necessários, bem como a história do paciente;
2. Após avaliação médica e prescrição do tratamento antineoplásico, o paciente retorna para receber as orientações junto com o enfermeiro e assinatura do TCLE;
3. O paciente que vai iniciar Quimioterapia ou Hormonioterapia será agendada a consulta de Enfermagem de primeira vez e logo após será marcada a data do início da quimioterapia, podendo ser no mesmo dia;
4. Na data agendada, ao chegar à recepção portando cartão e exame laboratorial, o paciente é encaminhado para consulta de Enfermagem na data agendada;
5. O enfermeiro se apresenta e inicia a coleta das informações para preenchimento do PEP, realiza o exame físico (aferição dos SSVV, aplicação da escala da dor, condições de acesso periférico entre outros), história da doença, principais queixas, medicações em uso;
6. Preencher a SAE;
7. Orientar sobre o tratamento/protocolo, reações, prevenção das complicações e imunossupressão;
8. Alertar sobre os principais sinais de complicação e sobre riscos do tratamento (extravasamento, infecções, entre outras);
9. Explicar o funcionamento do setor, fluxograma, prioridades, marcação de retorno entre outras;
10. Apresentar os serviços que estarão disponíveis, entre eles o de psicologia e serviço social;
11. Entregar do manual com orientações ao paciente;

12. Esclarecer dúvidas pertinentes do paciente e/ou familiares;
13. Confirmar o recebimento e assinatura do TCLE para tratamento com antineoplásicos, realizado na consulta médica, caso não tenha sido realizado aplicá-lo;
14. Anexar todos os formulários ao prontuário e encaminhá-lo para a sala de Quimioterapia.

REFERÊNCIAS

- Coelho FM. Consulta de enfermagem em oncologia: experiência de implantação [monografia especialização]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 544/2017 [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado em 31 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 569/2018 [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Rosa LM, Mercês NN, Marcelino SR, et al. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):487-93.

145- CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE HORMONIOTERAPIA ORAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 145
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE HORMONIOTERAPIA ORAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever a consulta de Enfermagem realizada aos pacientes que fazem uso de hormonioterapia oral.	
<u>Abrangência:</u>	NATONCO.	
<u>Siglas:</u>	NATONCO – Núcleo de Acolhimento e Triagem (do paciente oncológico) do IMIP; PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; USG – Ultrassonografia.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário do paciente; PEP; tensiômetro; estetoscópio; balança; Declaração de Acompanhamento do Paciente Oncológico Externo ao IMIP.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

1. O público-alvo para estas consultas são os pacientes que utilizam o serviço apenas para receber medicações antineoplásicas orais e são acompanhados por oncologista em consultório particular, bem como pacientes atendidos na Instituição, que estão apenas em seguimento com hormonioterapia e passam por consulta médica apenas a cada 3 ou 6 meses;
2. O paciente é previamente agendado de 3 em 3 meses para esta consulta de Enfermagem, pois já faz uso do medicamento ou já teve consulta de primeira vez;
3. No dia da consulta, o paciente entrega o cartão na recepção do NATONCO e aguarda na sala de espera ser chamado pelo enfermeiro;
4. Por ordem de chegada e/ou prioridade, é chamado ao consultório, esse já tem no prontuário arquivado e o formulário de atenção;
5. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
6. O enfermeiro pergunta sobre o tratamento e uso correto do medicamento;
7. Realizar exame físico, incluir o exame das mamas e atentar para as queixas do paciente;
8. Verificar sinais vitais e se observar alguma alteração comunica ao médico responsável;
9. Verificar a última realização dos exames como USG e mamografia, bem como exames laboratoriais e Ginecológicos. Confirmar a última consulta médica e, caso haja necessidade, solicitar encaixe próximo;
10. Elabora os diagnósticos e intervenções de Enfermagem;
11. Fazer os encaminhamentos, quando necessário, à equipe multidisciplinar;
12. Identificar e/ou alertar o paciente sobre os sinais de complicações do tratamento e as reações já esperadas, para auxiliar maior adesão ao tratamento;

13. Registrar em prontuário todos os procedimentos realizados, carimbar e assinar.

ANEXOS

Controle de fornecimento de medicação antineoplásica

FAMACOVIGILÂNCIA

Caro médico assistente, seu paciente vem tendo acesso à medicação antineoplásica recomendada por sua pessoa / sua equipe através dos nosso serviço. Para sua segurança e continuidade do programa precisamos trabalhar juntos. Pedimos que a declaração abaixo seja preenchida e/ou que mantenha contato com nossa equipe.
Paciente _____

R- _____

Portador de neoplasia de CID-10 C _____

que faz uso da medicação antineoplásica: _____,
fornecida pelo IMIP.

OBS: _____

Recife, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura

Conselho: _____

DECLARAÇÃO

Declaro que acompanho do ponto de vista oncológico o paciente acima.

Minha última avaliação foi em ____/____/____ e está programada revisão a cada ____ meses. Sendo orientado:

- () Manter medicação por tempo indeterminado.
 () Pela programação inicial de (____meses)
 () Modificar a medicação para : _____

Devido:

- () Progressão da doença
 () Protocolo sequencial
 () Toxicidade e/ou complicação
 () Outras: _____
 () Suspender medicação
 () Acompanhamento oncológico concomitante pelo IMIP
 () Acompanhamento oncológico exclusivo pelo IMIP

OBS: _____

Recife, ____ de _____ de 20____

 Assinatura

CRM: _____

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [citado em 25 jun. 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-220-de-21-de-setembro-de-2004>

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-210/1998 [Internet]. [Brasília]: COFEN; c2015 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2101998_4257.html/print/

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 544/2017 [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [citado em 31 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 569/2018 [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (BR). Parecer COREN-DF nº 022/2010 Competência exclusiva do enfermeiro em administrar quimioterápicos antineoplásicos [Internet]. Brasília: COREN-DF; 2010 [citado em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://www.coren->

df.gov.br/site/no-0222010-competencia-exclusiva-do-enfermeiro-em-ministrar- quimioterapicos-antineoplasicos

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

146- ATIVIDADES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 146
ATIVIDADES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Anna dos Santos, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Coletar dos dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos no hospital, disponibilizando informações, melhoria de processos administrativos e da documentação referentes a assistência ao paciente e também servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os casos de neoplasia maligna assistidos pelo IMIP.	
<u>Siglas:</u>	INCA – Instituto Nacional do Câncer; RHC – Registro Hospitalar de Câncer.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro gerente, assistente administrativo.	
<u>Material necessário:</u>	Ficha de registrador de câncer; prontuários; mesa de escritório; arquivo para fichas; armário para guarda de materiais; computador; impressoras; linha telefônica.	

PROCEDIMENTOS

O Registro Hospitalar de Câncer tem como propósito atender as necessidades da administração do hospital, do programa de controle do câncer nele desenvolvido e sobretudo, do paciente em particular, com o principal objetivo a coleta dos dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos no hospital, disponibilizando informações, melhoria de processos administrativos e da documentação referentes a assistência ao paciente e também servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento.

O RHC faz o cadastro do caso, coletando e consolidando os dados, a partir de fontes variadas (prontuários, atestados de óbitos, bases de dados informatizadas dos hospitais etc.) com a finalidade de melhor conhecer e dar suporte as atividades de planejamento e gestão hospitalar, de diagnóstico, tratamento e seguimento, e da avaliação da qualidade da atenção médica.

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

1. Realizar busca de casos de câncer assistidos pelos serviços da instituição para o Registro Hospitalar de Câncer;
2. Identificar os casos de neoplasia maligna, registrando os grupos de pacientes com características pré-selecionadas em lista contínua no Excel;
3. Preencher a ficha de registro de tumor;
4. Seguir os casos registrados no decorrer dos anos;
5. Participar do treinamento do curso de atualização de educação profissional técnica de nível médio para registradores de câncer;

6. Participar do treinamento do curso de Excel aplicado para o Registro Hospitalar de Câncer;
7. Avaliar mensalmente o feedback das metas mensais e semanais atingidas pelo registrador de câncer;
8. Atentar para controle do fluxo da lista dos prontuários em Excel e toda a logística (arquivo e RHC);
9. Receber os prontuários do arquivo e assinar o protocolo de recebimento;
10. Manter sigilo das informações do paciente contidas no prontuário e utilizados para o preenchimento da ficha de registrador de tumor;
11. Registrar, em livro de protocolo específico do setor, todo o fluxo dos prontuários que tramita pelo registro hospitalar de câncer;
12. Viabilizar os prontuários aos médicos para o estadiamento clínico da ficha de registro de tumor;
13. Recolher os prontuários solicitados previamente em lista ao arquivo da Instituição para o setor do Registro Hospitalar de Câncer;
14. Entregar dos prontuários atenciosamente conferidos e protocolados em livro de protocolo do setor ao arquivo da Instituição;
15. Digitar a ficha de registrador de tumor no sistema do SISRHC e o processamento dos mesmos;
16. Após o término das atividades no setor atentar para o recolhimento dos prontuários para o arquivo do Registro Hospitalar de Câncer na pilha referente ao digitador;
17. Atentar para as anotações no livro de ocorrências do RHC, quando necessitar efetuar quaisquer modificações necessárias e adaptações entre a instituição e normas Manual do RHC.

ENFERMEIRO COORDENADOR

1. Coordenar a equipe e atividades dos funcionários atuantes no RHC;
2. Planejar reuniões mensais com a equipe de assistentes administrativos;
3. Estabelecer as rotinas de trabalho procedimentos gerais de funcionamento dos RHC;
4. Quantificar a atividade do RHC e participar da definição da infra-estrutura necessária, incluindo alocação de pessoas, capacitação específica, instalações, equipamentos e rotinas de trabalho;
5. Estabelecer contato com os departamentos responsáveis de câncer da Secretaria Estadual de Saúde para identificar o calendário de treinamento para registradores de câncer e o apoio para implantação do SISRHC, para armazenamento e tabulação de dados produzidos no hospital;
6. Atentar para o número de casos novos de câncer atendidos anualmente no hospital e saber como identificá-los;
7. Realizar e coordenar a busca de casos de câncer assistidos pelos serviços do IMIP para o RHC;
8. Identificar casos de neoplasia maligna, registrando os grupos de pacientes com características pré-selecionadas em lista contínua de Excel;

9. Monitorar a qualidade do preenchimento da ficha de registro de tumor;
10. Monitorar a qualidade do preenchimento da ficha de seguimento dos casos registrados no decorrer dos anos;
11. Participar do treinamento do curso de atualização de educação profissional técnica de nível médio para registradores de câncer;
12. Participar do treinamento do curso de Excel aplicado para o RHC;
13. Avaliar e disponibilizar mensalmente o feedback das metas mensais e semanais atingidas pelos registradores de câncer;
14. Controlar o fluxo da lista dos prontuários em Excel e toda a logística (arquivo e RHC);
15. Manter sigilo das informações do paciente contidas no prontuário e utilizados para o preenchimento da ficha de registrador de tumor;
16. Registrar, em livro de protocolo específico do setor, todo o fluxo dos prontuários que tramita pelo RHC;
17. Viabilizar os prontuários aos médicos para o estadiamento clínico da ficha de registro de tumor;
18. Digitar a ficha de registrador de tumor no sistema do SISRHC e o processamento dos mesmos;
19. Finalizar o processo de coleta e realizar a validação do banco de dados para envio ao INCA;
20. Realizar a abertura do livro de ocorrência e sinalizar a equipe a importância do mesmo;
21. Atentar para o cumprimento das anotações no livro de ocorrências do RHC, quando necessitar efetuar quaisquer modificações necessárias a adaptação e peculiaridades adotadas entre a instituição e normas Manual do RHC.

REFERÊNCIAS

- Luz CM, Deitos J, Siqueira TC, et al. Completude das informações do registro hospitalar de câncer em um hospital de Florianópolis. *ABCS Health Sci.* 2017;42(2):73-9.
- Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros hospitalares de câncer: rotinas e procedimentos [Internet]. Rio de Janeiro; INCA; 2000 [citado em 30 maio 2019]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/comunicacao/manual_rotinas_procedimentos_rhc.pdf
- Oliveira AS, Vasconcellos MM, Abath MB, et al. Registros hospitalares de câncer em Pernambuco: da gestão ao registro. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2017;63(1):21-8.

Fonte da informação		Estado da doença	Qualidade de sobrevida		Tratamento		Tipo de recidiva			
1. Prontuário de saúde 2. Sistema de mortalidade 3. Carta, telegrama ou correio eletrônico 4. Telefone 5. Visita domiciliar 6. Saúde da família (ESF/PSF - Estratégia / Programa de saúde da família) 7. Outros 9. Sem informação		1. Vivo, sem câncer 2. Vivo, com câncer 3. Vivo, SOE 4. Óbito, sem câncer 5. Óbito, com câncer 6. Óbito, SOE 9. Sem informação	1. Assintomático ou com sintomas mínimos 2. Sintomático, comparecendo às consultas 3. Permanecer no leito pelo menos metade do dia 4. Permanecer no leito mais da metade do dia 5. Acamado, necessitando de cuidados constantes 6. Não se aplica (óbito) 7. Sem informação		1. Nenhum 2. Cirurgia 3. Radioterapia 4. Quimioterapia 5. Hormonioterapia 6. Transplante de medula 7. Imunoterapia 8. Outros 9. Sem informação		1. Local 2. Regional 3. Não se aplica 4. Sem informação			
Segmento	Data identificação evento	Data última informação	Fonte da informação	Estado da doença	Qualidade de sobrevida	Tratamento Subsequente	Recidiva	Novas metástases a distância	Data Recidiva / Metástase	Código Registrador
1º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
2º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
3º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
4º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
5º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
6º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
7º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
10º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
15º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									
20º ano	___/___/___	___/___/___							___/___/___	
	OBS:									

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP / CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martiniano Fernandes / IMIP HOSPITALAR / CNPJ: 09.039.744/0001-94

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR
REGISTRO:FICHA DE SEGMENTO RHC
NOME:

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

 Nº do tumor Data do primeiro diagnóstico: ___/___/___ Localização do tumor primário: ___-___ Tipo Histológico: ___/___

147- ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DE OUTROS SETORES DO IMIP

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 147
ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DE OUTROS SETORES DO IMIP		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Luciana de Amorim, Adriana de Melo, Camila Fonsêca		
<u>Objetivo:</u>	Receber o paciente proveniente de outros setores da instituição afim de realizar um tratamento clínico e/ou oncológico.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	SPA – Serviço de Pronto Atendimento; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente administrativo.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); medicações pré-existentes, quando proveniente da UTI e/ou outros setores.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Realizar a admissão dos pacientes procedentes de outros setores da unidade hospitalar IMIP. Estes pacientes só serão admitidos após receber parecer da equipe médica da oncologia e autorização para a mesma, bem como articular com o NIR(núcleo de regulação interna) o fluxo desses pacientes. Já os pacientes do SPA serão transferidos, de acordo com a prioridade estabelecida pelo médico oncologista em conjunto com o médico do SPA, alinhado com o NIR.
- Recepcionar o paciente devidamente acompanhado por um funcionário do setor de origem;
- Conferir prontuário e sinalizar a farmácia que o paciente foi transferido para o internamento de oncologia adulto e solicitar as medicações da prescrição;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Acomodar o paciente adequadamente no leito;
- Realizar histórico de Enfermagem;
- Orientar os pacientes e acompanhantes sobre o regulamento, normas e rotinas do setor, sobre o horário de visitas e troca de acompanhante;
- Realizar identificação adequada do paciente (pulseiras e identificação do leito);
- Observar e registrar detalhadamente na evolução de Enfermagem: acesso venoso, sondas, curativos, drenos, SSVV, tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, exames laboratoriais se procedente do bloco cirúrgico, UTI, ambulatório, SPA ou outro serviço.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 564/2017 [Internet]. 2017 [citado em 26 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

148- ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DO DOMICÍLIO OU DE OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 148
ADMISSÃO NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO PROCEDENTE DO DOMICÍLIO OU DE OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Carla Gomes, Adriana de Melo, Camila Fonsêca		
<u>Objetivo:</u>	Receber o usuário proveniente de outra instituição e/ou domicílio, a fim de realizar um tratamento clínico e/ou oncológico.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	QT – Quimioterapia; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Formulário de solicitação internamento.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

Pacientes procedentes do domicílio e/ou outras instituições devem comparecer ao setor no horário estabelecido pelo enfermeiro em contato prévio por telefone munido de seu cartão da Instituição. No caso de internamento para QT infusional trazer exames laboratoriais recentes, o internamento só será autorizado após conferência do exame pelo médico. Esses internamentos são sempre articulados com o núcleo interno de regulação(NIR) da instituição.

- Se o internamento for autorizado pela equipe médica junto à equipe de Enfermagem, solicitar, por meio de formulário próprio, que o paciente e/ou acompanhante dirija-se ao setor de internação para que essa seja realizada;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Acomodar o paciente adequadamente no leito;
- Realizar histórico de Enfermagem;
- Orientar os pacientes e acompanhantes sobre o regulamento, normas e rotinas do setor, horário de visitas e troca de acompanhante;
- Realizar identificação adequada do paciente (pulseiras e identificação do leito);
- Observar e registrar detalhadamente na evolução de Enfermagem: acesso venoso, sondas, curativos, drenos, SSVV, tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, exames laboratoriais, local de procedência.

REFERÊNCIAS

- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 564/2017 [Internet]. 2017 [citado em 26 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/
- Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

149- APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 149
APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Keityane da Silva, Gicele Lima, Karolina de Carvalho, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever e normatizar aplicação de Termo de Consentimento para pacientes em tratamento antineoplásico.	
<u>Abrangência:</u>	Serviço de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; QT – Quimioterapia; TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário do paciente; PEP.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

O TCLE é um termo de autorização para realização do procedimento quimioterápico na instituição. Deverá ser aplicado na primeira QT, a cada 6 meses ou mudança de protocolo de tratamento.

1. Quando o médico definir o tratamento do paciente, esse será encaminhado para quimioterapia e receberá as informações sobre as reações adversas e esquemas do tratamento. Durante a consulta, o médico deve apresentar o TCLE, explicar e solicitar que o paciente e/ou acompanhante assine;
2. Durante a consulta de Enfermagem, serão abordados novamente os riscos e benefícios do tratamento e os esclarecimentos das dúvidas que persistirem;
3. O enfermeiro deve conferir se o TCLE foi aplicado e assinado, durante a consulta médica;
4. Faz-se necessária a assinatura do profissional e do paciente/responsável;
5. O TCLE deve ser anexado ao prontuário.

REFERÊNCIA

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

ANEXO**Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Terapia Antineoplásica Sistêmica**

(Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Paciente () Responsável ()

Por este instrumento, eu _____
portador da RG nº _____, e CPF _____, declaro que:

Fui orientado (a) claramente sobre a proposta terapêutica e o protocolo de tratamento _____, como também os potenciais benefícios, efeitos adversos, riscos e complicações deste tratamento e das alternativas disponíveis. Pude fazer todas as perguntas que quis livremente e recebi respostas satisfatórias. Entendo que todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no hospital serão utilizados em busca dos melhores resultados possíveis, mas que estes podem não ser alcançados. Entendo que podem ocorrer durante o tratamento situações imprevistas que tornem necessário alterar a proposta inicial. Reservo-me o direito de revogar esta autorização a qualquer momento e deixo claro que assumirei a inteira responsabilidade pelas consequências de fazê-lo contra recomendação médica.

Paciente ou responsável

Confirmo que expliquei detalhadamente para que o(a) paciente e/ou seus familiar(ES) ou responsável(is) o propósito, os riscos, benefícios, prognósticos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Médico (a) CRM –

Enfermeiro (a) COREN –

150- LIBERAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS PELO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO, PARA OUTROS SETORES DO COMPLEXO HOSPITALAR

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 150
LIBERAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS PELO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO, PARA OUTROS SETORES DO COMPLEXO HOSPITALAR		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Padronizar a liberação assim como a administração dos antineoplásicos realizados em outras unidades dentro do complexo hospitalar	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores que atendem pacientes adultos do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual; QT – Quimioterapia.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Prescrição; protocolo; EPIs.	

PROCEDIMENTOS

1. O médico oncologista, por meio de um parecer médico solicitado, deve prescrever a QT e entregar ao enfermeiro responsável pelo setor;
2. O enfermeiro deve protocolar e solicitar que o auxiliar administrativo e/ou membro da equipe de Enfermagem encaminhe-o até o ambulatório;
3. O enfermeiro do ambulatório, ao receber a prescrição, deve entrar em contato com o enfermeiro do setor e passar as orientações, quanto ao preparo do paciente para a administração da QT;
4. O farmacêutico deve sinalizar à equipe de Enfermagem do ambulatório, quando a medicação estiver pronta;
5. O enfermeiro do ambulatório deve se dirigir ao setor para administrar o antineoplásicos, levando todos os EPIs necessários.

Observação 1: a administração da QT será de responsabilidade do enfermeiro do ambulatório até as 19h. Após esse horário, é de responsabilidade do enfermeiro, que estiver de plantão na enfermaria de Oncologia Adulto, dar continuidade à administração.

Observação 2: nos finais de semanas e feriados, até as 19h, a responsabilidade é do enfermeiro do ambulatório que estiver de complementar/sobreaviso. Após esse horário, passa a ser de responsabilidade do enfermeiro que estiver de plantão na enfermaria de Oncologia Adulto.

151- VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 151
VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Vanessa Siqueira, Keityane da Silva, Vaneide Negreiros, Adriana de Melo, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Habilitar a equipe de Enfermagem a utilizar, inspecionar, conferir e repor o carro de emergência, para que os medicamentos e materiais estejam sempre disponíveis, válidos e em condições de uso, quando necessário.	
<u>Abrangência:</u>	Ambulatório de Oncologia Adulto.	
<u>Siglas:</u>	O2 – Oxigênio.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Carro de emergência; desfibrilador; monitor cardíaco e oxímetro de pulso; medicamentos listados; materiais médicos; lista de medicamentos e materiais médico-hospitalares, para conferência do carro de emergências.	

PROCEDIMENTOS

- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Localizar todo o equipamento do carro com a lista de equipamentos designados;
- O desfibrilador, monitor cardíaco e oxímetro de pulso deverão ficar em cima do carro de emergência e ligados à uma fonte de energia;
- Manter as medicações especificadas e com as respectivas quantidades na primeira gaveta, conforme lista em anexo;
- Na segunda gaveta, manter os materiais de proteção dos profissionais (luvas, óculos e máscaras), materiais para o acesso vascular e controle circulatório (cateter intravenoso, gases, seringas e agulhas), de acordo com a lista em anexo;
- Na terceira gaveta, deixar os materiais para o controle das vias aéreas (tubos orotraqueais e sondas para aspiração), sondas vesicais de demora, de acordo com a lista em anexo;
- Na quarta gaveta, deverão ficar os tubos de solução de manitol, SF 0,9%, soro glicosado a 5% e solução de ringer com lactato, de acordo com a lista em anexo;
- Utilizar medicamentos e materiais somente de acordo com solicitação médica e em situação de emergência;
- Checar o funcionamento dos equipamentos todo plantão (desfibrilador, laringoscópio, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e bombas de infusão contínua).
- Limpar os equipamentos, sempre que necessário;

- Deixar disponível a lista dos medicamentos e materiais, com as respectivas datas de validade para sinalizar as medicações e materiais a vencer, para evitar perda de medicações;
- Atentar para as medicações com prazo de 60 dias da validade serão devolvidas à farmácia para utilização dentro do prazo de validade ou descarte;
- Manter o carrinho fechado com lacre padronizado;
- Repor os medicamentos e materiais utilizados ou sempre que necessário;
- Solicitar ao farmacêutico a relação dos medicamentos necessários, se mudança de rotina;
- Entregar ao assistente administrativo a relação dos materiais necessários ou que precisam ser trocados;
- Lacrar e anotar o número do lacre utilizado;
- Documentar a verificação do carro, conforme as normas institucionais, e assinar o responsável pela revisão (nome do enfermeiro responsável, COREN e data da checagem).

ANEXOS

Verificação do Carrinho de Parada		
Data		
Lacre n°		
Teste do cardioversor		
Lacre aberto?		
Reposição / troca de medicamentos?		
Próximo vencimento		
Reposição / troca de materiais?		
Próximo vencimento		
Novo lacre n°		

CARRO DE EMERGÊNCIA AMBULATÓRIO ONCOLOGIA					
DATADACHECAGEM: ____/____/____					
ENFERMEIRARESPONSÁVEL: _____					
COREN: _____					
MEDICAMENTOS:					
CÓDIGO	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTIDADE	VALIDADE	CHECAGEM
941	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	06		
1240	ADENOSINA 6mg/2ml	AMPOLA	5		
981	ÁGUA BIDEUTILADA 10 ml	AMPOLA	10		
982	ÁGUA BIDEUTILADA 500ml	TUBO	2		
	AMINOFILINA 240/MG/10ml	AMPOLA	2		
1241	MIODARONA 150mg/3ml	AMPOLA	5		
805	ATROPINA 0,25mg/ml	AMPOLA	30		
875	BICARBONATO DE SÓDIO 10 ml	AMPOLA	10		
15905	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 250ml	AMPOLA	2		
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ml	AMPOLA	6		
	CLORETO DE POTASSIO	AMPOLA	10		

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Nascimento SM. As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2013.

152- VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 152
VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA DA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA ADULTO		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Ingrid Bormann, Adriana de Melo.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar conferência do carro de emergência, a fim de manter organizado e dentro da validade pronto para uso.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias de Oncologia Adulto.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Carro de emergência; desfibrilador; <i>checklist</i> de conferência.	

PROCEDIMENTOS

1. O enfermeiro deve conferir carro de emergência diariamente nos dois turnos (plantão diurno e noturno);
2. Realizar teste do desfibrilador e conferir se o mesmo encontra-se ligado à uma fonte de energia;
3. Preencher o *checklist* corretamente, atentar para a data de validade de revisão do carro.

ANEXO

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP / CNPJ: 10.968.301/0001-29												COMPLEXO HOSPITALAR IMIP				Fundação Professor Martimiano Fernandes / IMIP HOSPITALAR / CNPJ: 09.038.744/0001-94			
CHECK LIST - CARRO DE PARADA														SETOR:					
														MÊS:					
DATA	CARRO POR: LACRE E REVISÃO		KIT SEDAÇÃO: LACRE		KIT ENTUBAÇÃO		KIT RESPIRATÓRIO: VALIDADE		DESFIBRILADOR		LARINGOS: LUZ, PILHA		VISTO						
	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO	DIURNO	NOTURNO					
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
OBS:																			

KIT RESPIRATÓRIO DEVE CONTER: GUIA DE ENTUBAÇÃO, FIXAÇÃO DE TOT (CADARÇO), AMBÚ COM RESERVATÓRIO E MÁSCARA, FRASCO DE ASPIRAÇÃO.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Nascimento SM. As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2013.

153- ADMISSÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº:153
ADMISSÃO DO PACIENTE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Renata Nascimento, Gisele da Silva, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Receber o paciente, a fim de realizar um tratamento clínico ou cirúrgico, independente da sua procedência, tal como: demanda externa e interna.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	ECG – Eletrocardiograma; SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, SAE, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); medicações pré-existentes, quando proveniente da UTI e/ou outros setores.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade

- e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Admitir os pacientes procedentes da unidade de internação, emergência, centro cirúrgico, UTI ou setores afins do complexo;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Certificar-se de que o paciente está utilizando a pulseira de identificação e de alergias, se houver;
- Conferir com o paciente e/ou responsável os dados contidos na pulseira;
- Recepcionar o paciente devidamente acompanhado por um funcionário do setor procedente;
- Acomodar o paciente adequadamente no leito;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os regulamentos, normas e rotinas do setor;
- Orientar sobre o horário de visitas e troca de acompanhante;
- Oferecer vestimenta adequada;
- Verificar sinais vitais, conforme técnica descrita no POP n° 10;
- Realizar a SAE e o exame físico (enfermeiro);
- Identificar os diagnósticos de Enfermagem e elaborar a prescrição de Enfermagem em formulários próprios (enfermeiro);
- Observar e registrar detalhadamente na evolução de Enfermagem: acesso venoso, sondas, curativos e drenos, alergias e procedência do paciente (enfermeiro).
- Checar existência de exames a serem realizados;
- Realizar ECG (POP n° 42), pesar e medir, quando indicado;

- Executar o processo de Enfermagem, de forma individualizada e respeitando a privacidade, das necessidades identificadas pelos enfermeiros (enfermeiro e técnico de enfermagem).

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 564/2017 [Internet]. 2017 [citado em 26 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Identificação do Paciente. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Mozachi N, Souza VH. O hospital: manual do ambiente hospitalar. 3. ed. Curitiba: Os Autores, 2009.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

154- ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 154
ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Gisele da Silva, Renata Nascimento, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Orientar o paciente, a fim de que ele retorne para revisão, administre os medicamentos corretamente em sua residência e em caso de intercorrências, saiba como proceder.	
<u>Abrangência:</u>	Enfermarias e Emergência.	
<u>Siglas:</u>	CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); resumo de alta; prescrição médica; formulário de avaliação e satisfação do paciente.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTOS

- Confirmar a alta com os médicos e no prontuário;
- Informar a alta hospitalar ao paciente e/ou responsável;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Retirar os dispositivos, mediante prescrição médica;
- Verificar as condições de higiene e curativos, antes da saída do paciente;
- Orientar o auto-cuidado, medicações, consultas posteriores;
- Oferecer a avaliação para o usuário de satisfação do internamento;
- Protocolar a entrega dos exames pertencentes ao paciente;
- Realizar a devolução da fita de medicação do paciente à farmácia;
- Liberar o resumo de alta mediante assinatura do paciente ou responsável quando adulto; pacientes pediátricos, encaminhar até a portaria e só liberar mediante assinatura no resumo de alta e retirada da pulseira de identificação;
- Realizar o registro no prontuário a alta hospitalar, no momento da saída do paciente;
- Realizar a alta hospitalar no sistema MV 2000 e registrar no censo diário;
- Organizar prontuário para ser encaminhado à CCIH;
- Reorganizar o leito, conforme protocolo institucional.

REFERÊNCIAS

Motta AL. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Látia; 2003.

Murta GF. Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de Enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2010. v. 1.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Scopel VM, Rodrigues RM. Técnica e prática de enfermagem. São Paulo: Robe Ed, 2001.

155- PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 155
PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Renata Nascimento, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Transmitir informações sobre o estado geral do paciente e pendências a serem resolvidas, dando assim continuidade a assistência.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Censo de Enfermagem (livro de relatório); prontuário do paciente (ou PEP); SAE; canetas azul e vermelha.	

PROCEDIMENTOS

1. Chegar pontualmente ao setor para receber plantão (7h, 13h e às 19h);
2. Estar devidamente fardado (com bata, crachá e sapatos fechados);
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
4. Passar plantão à beira do leito de cada paciente para facilitar observação e compressão das informações fornecidas;
5. Informar sobre o estado geral de cada paciente, enfatizando SSVV, vias venosas, sondagem, drenagem e eliminações fisiológicas;
6. Informar o andamento da quimioterapia, radioterapia, cirurgias, exames, procedimentos e informações importantes de cada paciente;
7. Relatar intercorrências do paciente e do setor;
8. Descrever o tipo de ferida e curativo;
9. Informar sobre exames realizados de cada paciente no pré-operatório, caso tenham sido realizados;
10. Checar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia e se todos os exames estão separados para ser encaminhados juntos como paciente;
11. Relatar as pendências do plantão.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo para prevenção para úlcera por pressão. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo para cirurgia segura. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

156- PASSAGEM DE PLANTÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 156
PASSAGEM DE PLANTÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Soares, Adriana de Melo, Cássia Cibelle Barros de Albuquerque, Viviane Araújo.		
<u>Objetivo:</u>	Transmitir informações sobre o estado geral do paciente e pendências a serem resolvidas, dando assim continuidade a assistência.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente; SSVV – Sinais Vitais.	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Prescrição; balanço hídrico; evolução de Enfermagem; prontuário do paciente; canetas azul ou vermelha.	

PROCEDIMENTOS

1. Chegar pontualmente ao setor para receber plantão (7h ou 19h);
2. Estar devidamente fardado (com farda, crachá e sapatos fechados);
3. Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
4. Receber e passar o plantão à beira do leito de cada paciente com seu respectivo prontuário em mãos, para facilitar a observação e compreensão das informações fornecidas;
5. Informar sobre o estado geral de cada paciente, enfatizando SSVV, vias venosas, sondagem, drenagem e eliminações fisiológicas;
6. Informar o andamento da quimioterapia, radioterapia, cirurgias, exames e informações importantes de cada paciente;
7. Relatar as intercorrências do paciente e do setor, no decorrer do plantão;
8. Comunicar as medicações em uso;
9. Informar sobre exame realizado de cada paciente no pré-operatório, caso tenham sido realizados;
10. Checar se o paciente está devidamente preparado para a cirurgia se todos o exames estão separados para ser encaminhados juntos como paciente;
11. Relatar as pendências do plantão.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986 [Internet]. c2015 [citado em 28 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo de identificação do paciente. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 02: protocolo para prevenção para úlcera por pressão. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [Brasília]: Anvisa, Fiocruz, Fhemig; 2013.

Ministério da Saúde (BR). Anexo 03: protocolo para cirurgia segura. Brasília: Anvisa, Fiocruz; 2013.

157- ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 157
ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clécia Cristina da Silva Sales		
<u>Objetivo:</u>	Admitir o paciente em Terapia Renal Substitutiva.	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	HD - Hemodiálise DP - Diálise Peritoneal FAV - Fístula Arterio-venosa TX - Transplante APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo.	
<u>Competência:</u>	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, recepcionista.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO:

- Receber e explicar os tipos de terapias renais substitutiva: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante.
- Verificar a procedência do paciente se foi do tratamento conservador, emergência ou transferência externa. No caso do paciente externo encaminha para emergência que encaminhara para Unidade Renal Pediátrica.
- Realizar admissão do menor na sala do consultório médico, utilizando histórico de enfermagem e a história clínica do médico.
- Após o prontuário está com laudo devidamente preenchido encaminhar para recepção para emissão da APAC;
- Realizar coleta de exames conforme protocolo da Vigilância Sanitária;
- Diálise peritoneal o menor será cadastrado no Programa de diálise peritoneal que é feito pela enfermeira;
- Hemodiálise o menor será encaminhado para o bloco cirúrgico ou hemodinâmica onde será implantado o cateter de duplo lúmen.
- Registrar no livro de implante os cateteres implantados e FAV confeccionadas, consta nome completo do paciente, data de nascimento, médico que implantou e assinatura do responsável confirmando o procedimento.
- Enquanto não tiver a sorologia do menor, a hemodiálise será realizado no último turno e o sistema descartado.

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

158- ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 158
ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Admitir o paciente novo no programa de Terapia Renal Substitutiva.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	APAC – Autorização de Procedimento de alta Complexidade HD – Hemodiálise	
<u>Competência:</u>	Médico, Enfermeiro, Téc. de Enfermagem e recepcionista.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Receba e explique ao paciente e/ou familiares o que é hemodiálise e da necessidade do tratamento (Enfermeira).
- Encaminhe à recepção para abertura de prontuário.
- Explique e ofereça as modalidades de tratamento.
- Faça a admissão do paciente utilizando o histórico de enfermagem e evolução no Nefro data (a unidade pediatria não utiliza o nefro data).
- Após o preenchimento o prontuário deverá ser encaminhado ao consultório para admissão médica (Recepção)
- Realize admissão, descreva a história clínica, preencha laudo para emissão de APAC e evolua o paciente nas diálises subseqüentes (Médico).
- Solicite assinatura do termo de consentimento para tratamento dialítico (Médico).
- Realize coleta de exames admissionais (exames mensais, trimestrais, semestrais e anuais).
- Caso seja implantado cateter duplo-lúmen, registre no livro de acesso vascular, e solicite assinatura do paciente e/ou família confirmando o procedimento.
- Pacientes de primeira hemodiálise ou sem sorologia, dialisará no terceiro turno e usará dialisadores de uso único, assim como os pacientes com sorologia positiva.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

159- CUIDADOS PRÉ-IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 159
CUIDADOS PRÉ-IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Clécia Cristina da Silva Sales.		
Objetivo:		
Abrangência: Diálise Peritoneal da unidade de Terapia Renal Pediátrica.		
Siglas: SSVV – Sinais vitais		
Competência: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.		
Material necessário: Cuba rim com: termômetro, tensiômetro, cateter venoso esparadrapo, seringa, água destilada, estetoscópio, algodão com álcool a 70%, cefazolina conforme prescrição médica.		

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;

- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Receber o paciente de maneira educada e atenciosa;
- Observar o abdômen se existe hérnia
- Confirmar jejum do menor;
- Banho com clorexidina degermante a 2%
- Realizar o exame clínico do paciente e encaminhá-lo para enfermagem para aguarda chamado;
- Aferir SSVV e anotar em prontuário;
- Puncionar veia periférica deixando cateter hidrolisado;
- Administrar antibioticoterapia profilático (Cefazolina 25mg/kg) conforme protocolo, 30 minutos antes do procedimento;
- Encaminhar ao paciente ao bloco cirúrgico;

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

160- TESTE DO IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 160
TESTE NO IMPLANTE DO CATETER DE TENCKHOFF		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Clécia Cristina da Silva Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar teste na hora do implante detectando quaisquer sinais de mal posicionamento para uma diálise efetiva.	
<u>Abrangência:</u>	Diálise Peritoneal da unidade de Terapia Renal Pediátrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Cateter de Tenckhoff, guia de cateter de Tenckhoff, bolsa de diálise, capsula de desinfecção, máscara, soro fisiológico, luva estéril.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;

- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Abrir o cateter guia e bolsa e colocar na mesa em campo estéril;
- Paramentar-se para realizar o teste do implante;
- Umedecer o cuff do cateter com soro fisiológico e entrega ao cirurgião;
- Conectar extensor e infundir 30ml/kg até mais ou menos 200ml da solução da diálise dependendo do tamanho da criança, observando o fluxo de infusão comunicar se estiver lenta;
- Após infusão fechar a válvula de infusão, abrir a drenagem e comunicar se estiver lenta.
- Desconectar, fechar o cateter com a cápsula de desinfecção desprezar os materiais.
- Após o teste, realizar Rx para observar posicionamento do cateter.

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

161- PREPARO DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 161
PREPARO DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clécia Sales e Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar preparo da máquina conforme protocolo para prevenir possíveis problemas técnicos.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrica / Unidade de terapia renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual., UF – Ultrafiltração	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Solução ácida, solução básica ou Bibag.	

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Colocar os EPis;
- Abrir as torneiras da água;
- Pressionar a tecla ligar e desligar;
- Apresentara a tela com modelo da máquina e a versão do software instalado;
- Se a máquina foi desinfectada a mais de 72 horas será realizada nova desinfeccção, confirmar com a tecla CONF.;
- Será realizado auto-teste da máquina;
- Após todos os testes serem aprovados conectar os concentrados;
- Aguardar a calibragem e logo após conectar o paciente;

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

162- PROCESSO DE HEMODIÁLISE DA TERAPIA RENAL ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 162
PROCESSO DA HEMODIÁLISE DA TERAPIA RENAL ADULTO		
Versão/Ano: 01/2022	Próxima revisão: 2024	
Responsável pela revisão: Maria Jucineide, Felipe César.		
Objetivo:	Descrever o processo de diálise.	
Abrangência:	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
Siglas:	UF – Ultrafiltração	
Competência:	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;

- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

Conexão do paciente em hemodiálise

- Oriente o paciente ao chegar dirigir-se a recepção para assinar a folha de Controle Individual de Diálise.
- Solicite ao paciente que aguarde na recepção até que sua máquina esteja pronta e ser chamado pela enfermagem
- Monte o sistema obedecendo à escala de máquinas.
- Anexar ao leito a placa de identificação do paciente
- Verifique a identificação do dialisador e linhas.
- Realize o teste pré do ácido peracético.
- Conecte o hansen arterial (A) e venoso (V) no dialisador, não abra as câmaras A e V ao mesmo tempo, para evitar a saída do esterilizante.
- Deixe recircular, coloque o tempo de 10 minutos na máquina e 150 ml de UF.
- Programe o fluxo da bomba de sangue em 200 ml/min.
- Mantenha a pinça do soro fechada por aproximadamente 3 minutos.
- Após terminar o tempo programado, abra e lave as pontas do catabolhas, linhas de heparina utilizando 150 ml de soro.
- Realize o teste pós de resíduo do ácido peracético com a solução de iodeto de potássio a 7,5%
- Coloque em um vidro 4 a 8 ml de soro para 2 a 4 gts da solução de iodeto.
- Se a mostra sofrer alteração de cor imediatamente após o teste, ficando amarela, recircule e faça novo teste.
- Se a amostra não sofrer alteração, ficando transparente, o sistema está pronto para uso.
- Libere o soro da extremidade do catabolhas e coloque-a no isolador de pressão, baixando em 2/3 o nível com o botão (setas no painel) da máquina.
- Providencie o material necessário para a instalação do paciente.
- Solicite e oriente o paciente para lavagem do membro da fístula.

- Verifique o peso e a pressão arterial do paciente, anotando na ficha de diálise.
- Solicite ao paciente que confira seu sistema e assine a ficha de diálise, se o paciente for portador de deficiência visual ou analfabeto a enfermeira do plantão fará a conferência do mesmo.
- Programe o número de horas e o peso que o paciente deverá perder e também se houver alguma prescrição como sódio, temperatura, perfis de UF.
- Lave as mãos e calce as luvas para realizar a assepsia do membro da fístula utilizando álcool a 70%.
- Após a assepsia não palpar o local da punção
- Faça a punção arterial e depois a punção venosa.
- Realize a assepsia do injetor lateral da linha arterial e administre a dose da heparina prescrita.
- Conecte as linhas do dialisador nas agulhas arterial e venosa.
- Inicie a hemodiálise, mantenha o fluxo de banho conforme prescrição.
- Verifique a pressão arterial do paciente no início da sessão e após cada hora ou sempre que necessário. Pacientes acima de 60 anos verificar de 30 em 30 minutos.
- Comunique ao médico ou enfermeira de plantão qualquer intercorrência durante a hemodiálise.
- Providencie o material necessário para desconectar o paciente no final da diálise.

Desconexão do paciente em hemodiálise

- Diminua o fluxo sanguíneo para 200 ml/min. e pince a linha arterial.
- Abra o soro fisiológico e inicie a devolução do sangue pela linha venosa na técnica de turbilhamento, quando a quantidade de soro não for suficiente, inicie pela linha arterial
- Desconecte o soro do sistema de diálise, as linhas das agulhas e utilize o conect para unir as linhas de sangue.
- Retire as agulhas do braço do paciente, iniciando pela punção venosa, fazendo curativo compressivo.
- Despreze as agulhas num depósito de perfuro cortante.
- Feche o fluxo banho (Flow). Mantenha o dialisador na horizontal, desconectando o hansen V do dialisador e fixá-lo na máquina. Feche em seguida a câmara V do dialisador. Desconecte e fixe o hansen A fechando a câmara de banho arterial do dialisador.
- Encaminhe o dialisador para o reuso.
- Afira pressão arterial e peso do paciente, registrando na ficha de diálise.
- Acompanhe o paciente a recepção.
- Efetue a limpeza da máquina com SUFIC.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

163- TÉCNICA DE DESCONEXÃO DO PACIENTE DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 163
TÉCNICA DE DESCONEXÃO DO PACIENTE DA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar desconexão do paciente da máquina conforme protocolo para preencher possíveis problemas técnicos.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual., UF – Ultrafiltração	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luva de procedimento, EPI.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Colocar os EPis;
- Após o término da diálise soara um alarme meta de UF atingida;
- Devolver o sangue do paciente;
- Aguardar o enfermeiro desconectar o paciente;
- Retirar o sistema e colocar nas devidas caixas dos pacientes;
- Devolver os hansens;
- Prepara a máquina para desinfecção.
- Realizar obrigatoriamente a desinfecção entre um turno e outro.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

164- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NÃO REPROCESSADO (NOVO)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 164
UTILIZAÇÃO DO SISTEMA NÃO REPROCESSADO (NOVO)		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César, Clecia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Garantir a correta utilização do sistema.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto / Unidade de terapia Renal Pediátrica.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Dialisador, linhas arterial e venosa, soro fisiológico, equipo, Solução ácida, básica ou bibag, isolador de pressão.	

PROCEDIMENTO

- Lave as mãos e calce luvas.
- Reúna todo material necessário.
- Monte linha arterial e venosa no dialisador.
- Conecte os hansen, deixe o dialisador com a extremidade venosa para cima, visando facilitar a retirada do ar.
- Instale o equipo do soro fisiológico na conexão própria da linha arterial.
- Feche o sistema usando conexão estéril (conect) do próprio dialisador.
- Deixe a linha venosa fora do sensor de ar.
- Ligue a bomba de sangue apertando a tecla prime.
- Mantenha o fluxo da bomba em 200 ml/min.
- Retire todo ar da linha do catabolhas utilizando o saco do equipo.
- Coloque a extremidade maior do catabolhas no isolador de pressão.
- Identifique o dialisador do paciente utilizando a etiqueta de identificação contendo o nome completo, registro, nome fantasia, data de nascimento e turno.
- As linhas deverão ser identificadas com a etiqueta contendo nome completo e registro do paciente

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

165- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 165
UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Promover a reutilização do sistema garantindo um tratamento seguro, de qualidade e isento de riscos ao paciente.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual A – arterial V – venoso FS – fluxo sanguíneo	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Dialisador, linhas arterial e venosa, EPI,s luvas de procedimento, soro fisiológico a 0,9%, equipo, Iodeto de potássio 7,5%.	

PROCEDIMENTO

- Lave as mãos;
- Coloque os EPIS;
- Monte o sistema na máquina, com extremidade venosa para cima visando facilitar a retirada do ar.
- Conecte o hansen (A) e (V) e instale o soro fisiológico.
- Não abrir as câmaras A e V ao mesmo tempo, para evitar a saída da solução desinfetante.
- Realize pré-teste para confirmar presença do peróxido, utilizando 2 ml da solução do sistema com uma gota de iodeto de potássio a 7,5% .
- Coloque o sistema para recircular, mantendo o fluxo de bomba de 200 ml/min
- Ative o cronometro da máquina para 10 minutos, com taxa UF de 150 ml;
- Mantenha a pinça do soro fechada por 3 minutos para evitar o refluxo da solução esterilizante para o soro.
- Após zerar o cronometro da máquina, abra e lave todas as ponteiros do sistema utilizando 150 ml do soro;
- Retire 2 ml de todos os seguimentos das linhas e realize teste-pós para resíduo do peróxido, com iodeto de potássio, na proporção de uma gota para cada dois ml
- Se a amostra sofrer alteração de cor imediatamente após o teste (ficar amarelo), proceder a novo enxágüe (recircular) e novo teste.
- Se a amostra não sofrer alteração de cor (transparente), o sistema esta pronto para uso.

- Colocar na máquina os isoladores de pressão (A e V).
- Baixe em 2/3 o nível do catabolhas.
- Baixe o fluxo do dialisado para 300 ml/min. até o início da diálise.
- O sistema deve continuar recirculando, com FS de 50 ml/min. até a instalação do paciente.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

166- UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 166
UTILIZAÇÃO DO SISTEMA REPROCESSADO NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clecia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar a desperoxidação do sistema na técnica para prevenir contaminação e consequentemente episódios e bacteremia nos pacientes.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de Proteção Individual	
<u>Competência:</u>	Técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luva de procedimento; EPis; 1 frasco de soros fisiológicos a 0,9% de 500ml; Iodeto de potássio 0,2%.	

PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Colocar os EPIS;
- Montar o sistema na máquina;
- Conectar o soro no sistema;
- Toque na janela tempo;
- Coloque no cronometro 15 min.;
- Programar a UF 300g;
- Após o termino realizar teste com iodeto de potássio: abrir cada linha deixar drenar 20 ml e pingar 3 gotas de iodeto de potássio;
- Se positivo repetir a desperoxidação;

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

167- INSTALAÇÃO DO PACIENTE NA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE COM FÍSTULA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 167
INSTALAÇÃO DO PACIENTE NA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE COM FÍSTULA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Oferecer um tratamento seguro preservando o acesso.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	FAV – Fístula arteriovenosa; EPIs – Equipamento de proteção individual; UF – ultrafiltração.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de enfermagem devidamente treinado.	
<u>Material necessário:</u>	Luvas de procedimento, algodão, álcool a 70%, heparina, agulhas para punção de FAV (Nº 15, 16 ou 17G), seringa de 3 ml, micropore.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PRÉ PROCEDIMENTO

1. Monte o sistema obedecendo à escala de máquinas e lave conforme rotina.
2. Verifique a identificação do dialisador e linhas do paciente, e resultado do teste de peróxido registrando na folha de diálise e no check-list de segurança do paciente
3. Identifique o leito com a placa de identificação do paciente
4. Providencie material necessário para instalar o paciente.
5. Oriente o paciente a lavar o membro da fístula com água e sabão, utilizando a pia designada para este fim.
6. Verifique peso e pressão arterial (sentado), registrando na ficha de diálise.
7. Solicitar ao paciente a conferência do sistema seguido da sua assinatura.
8. Colocar os EPIs.
9. Lave as mãos e calce as luvas para realização do procedimento.

PROCEDIMENTO

- Realize a assepsia do local da FAV, friccionando o algodão embebido em álcool a 70% em movimento circular de dentro para fora do local da punção.
- Puncione a agulha arterial num ângulo de 45°, em sentido retrogrado e fixe a com tiras de 10 cm de micropore.
- Puncione o ramo venoso afastando pelo menos 3 – 5 cm da agulha arterial, para evitar recirculação.
- Realizar a técnica de escada para evitar a formação de pseudo-aneurismas.
- Verifique se há solicitação de exames, se houver será coletado neste momento.

- Administre heparina prescrita em bolus após realizar a assepsia do injetor lateral da linha arterial.
- Conecte a linha arterial e venosa nas agulhas respectivamente.
- Programe a máquina com tempo de diálise, UF, e demais dados necessários para realização do KTV na máquina.
- A UF total será calculada subtraindo-se o peso seco do peso pré-diálise acrescentando 500 ml ao resultado final.
- Inicie a hemodiálise com fluxo baixo (150 – 200 ml/min), observando os parâmetros de segurança da máquina de hemodiálise.
- Após o início da diálise, colocar o fluxo sanguíneo prescrito e ligar a UF.
- Mantenha o fluxo de dialisado em 500 ml/min na lavagem do sistema e durante toda a hemodiálise, esta é a programação padrão da máquina, qualquer necessidade de alteração deverá ser avaliada.
- A pressão arterial pré-bomba oscila entre 0 e -200. A excessiva pressão negativa (mais de -200) pode determinar problemas com o acesso.
- Verifique a pressão arterial do paciente no início da hemodiálise e a cada hora ou quando necessário.
- Preencha a ficha de diálise, abrindo horário de início da terapia e os demais de acordo com a prescrição médica.
- Verifique a cada 30 minutos todos os parâmetros da máquina, do sistema e do paciente: fluxo sanguíneo, fluxo do dialisado, pressão venosa, pinça do soro fechada, sinais de coagulação, hematoma e sangramento.
- Comunique ao médico e/ou enfermeiro de plantão qualquer complicação ou intercorrência (sintomatologia clínica, rompimento do sistema coagulação, etc.).

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

168- PUNÇÃO DE FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 168
PUNÇÃO DE FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clecia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Realizar punção artério- venoso conforme a técnica nos pacientes em tratamento de hemodiálise a fim de prevenir possíveis complicações com o acesso.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	HDP – Hemodiálise pediátrica FAV - Fístula artério-venosa AV – Aterias venosa EPI – Equipamento de proteção individual	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Garrote (Devidamente limpo), algodão embebido com álcool agulha para punção de FAV (Nº 16 ou 17), fita crepe (para fixação), 1 pacote de gase estéril.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;

- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Informar o paciente o procedimento que será submetido;
- Orientar o paciente a lavar o membro da fístula com clorexidina degermante a 2% durante 5 minutos e após enxugar na técnica (distal para o proximal);
- Observar sinais de infecção ou de aneurisma;
- Colocar os EPis;
- O profissional deverá lavar as mãos e secá-las para separar os materiais, calçar as luvas para realização do procedimento;
- Realizar a anti-sepsia do local da FAV, friccionando o algodão embebido em álcool a 70% em movimentos giratórios de dentro para fora;
- Garrotear suavemente o membro, e puncionar a agulha arterial num ângulo de 45° graus voltada para a incisão da anastomose com o bisel para cima, afastando-a a 3 cm do local da cicatriz da anastomose, fixá-la com tiras de fitas adesivas de modo a permitir o modelo “borboleta”;
- Com o membro suavemente garroteado, puncionar o ramo venoso afastando pelo menos 3 – 5 cm da agulha arterial, para minimizar a entrada de sangue do dialisato na agulha arterial (recirculação);
- Conectar a linha arterial à agulha arterial, remover a pinça da região distal da linha, pinçar conexão em Y do SF 0,9%;
- Adicionar a bomba de sangue entre 50 a 100 ml/min.;
- Quando o sangue chegar à bomba, desligá-la, e realizar o bolus de ataque;

- Acionar novamente a bomba de sangue e permitir que o sangue alcance o capilar, drenando o volume do prime em frasco de desprezo. No momento em que o sangue chegar ao catabolha venoso, parar novamente a bomba de sangue, pinçar abaixo do catabolha e conectar a linha venosa na agulha venosa.
- Observar o fluxo arterial, coloração e viscosidade do sangue;
- Virar o dialisador com a parte arterial voltada para cima para expulsar todo o ar do sistema e recolocá-lo na posição inicial;
- Detectar e estar atento a qualquer queixa apresentada pelo paciente;
- Remover todo o material empregado e dispô-lo organizadamente;
- Retirar os EPis e lavar as mãos.

OBSERVAÇÕES

- As agulhas 17G são utilizadas para diálise em criança e, em alguns serviços, para se fazer as primeiras punções de fístulas novas. O fluxo de sangue máximo é de 100ml/min.
- As agulhas 16 G podem ser utilizadas para fluxos de sangue no máximo de 300mL/min da diálise.
- Agulhas 15G: devem ser utilizadas sempre que o fluxo de sangue for maior que 300ml/min.
- Atenção na escolha do diâmetro da agulha para evitar hemolise, pois uma agulha fina com o fluxo alto poderá acarretar essa complicação.

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

169- TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DO PACIENTE COM FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 169
TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DO PACIENTE COM FÍSTULA NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Finalizar a hemodiálise com segurança.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Compressas de gaze, luvas de procedimento, micropore.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PRÉ PROCEDIMENTO

- Reuna todo material necessário para retirar o paciente, luva gaze e micropore.
- Lave as mãos, calce as luvas e coloque o EPI.

PROCEDIMENTO

- Diminua o fluxo da bomba de sangue para 200 ml/min.
- Pince a linha arterial antes da conexão do soro, abra o clamp do soro e devolva a linha venosa.
- Quando o soro fisiológico atingir o dialisador, realize a técnica de turbilhonamento para facilitar a devolução do sangue.
- Após clareamento do capilar e da linha, desligue a bomba de sangue e pince a linha venosa.
- Devolva o sangue da linha arterial.
- Feche o fluxo banho (Flow). Mantenha o dialisador na horizontal, desconectando o hansen V do dialisador e fixá-lo na máquina. Feche em seguida a câmara V do dialisador. Desconecte e fixe o hansen A fechando a câmara de banho arterial do dialisador.
- Coloque a maquina em desinfecção química
- Desconecte o soro do sistema de diálise e as linhas de sangue das agulhas e utilize o conect para unir as linhas de sangue.
- Retire as agulhas do braço do paciente, iniciando pela punção venosa, fazendo curativo compressivo.
- Despreze as agulhas num depósito de perfuro cortante.
- Encaminhe o dialisador para o reuso.
- Afira pressão arterial e peso pós do paciente, registrando na ficha de diálise.
- Acompanhe o paciente a recepção.

- Efetue a limpeza da máquina com SUFIC.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

170- INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 170
INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Instalar os pacientes na hemodiálise com acesso provisório.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Luva de procedimento, luva estéril, seringa de 3 ml, gaze, álcool a 70%, gorro, máscara, heparina, campo estéril.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário para instalar o paciente, luvas, campo, gaze, seringa, heparina, álcool a 70% e micropore.
- Verifique a identificação do dialisador e linhas do paciente.
- Certifique que o paciente esta de máscara.
- Verifique peso e pressão arterial do paciente e registre na folha de diálise.
- Coloque os EPI,s.

PROCEDIMENTO

- Lave as mãos.
- Calce luva de procedimento para retirar curativo e após desprezá-la.
- Calce a luva estéril.
- Realize a descontaminação das ponteiros do cateter com gaze embebida em álcool a 70% por dois minutos e proteja-as com campo estéril.
- Observe se os clamps do cateter estão fechados, retire a tampa do lúmen arterial e aspire a heparina mantendo a seringa conectada. Repita o procedimento no lúmen venoso com outra seringa
- Quando verificada a necessidade de coleta de exames, será realizada neste momento.
- Conecte a linha arterial e venosa no cateter com auxílio de uma gaze estéril.
- Administre a heparina prescrita após a assepsia do injetor lateral da linha arterial antes de ligar a bomba de sangue.
- Proteja o cateter com o campo e fixe-o no paciente.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

171- INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 171
INSTALAÇÃO DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE POR CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL PEDIÁTRICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clecia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Instalar os pacientess com CDL conforme protocolo para evitar complicações como infecção de óstio e obstrução do cateter por quantidade inadequada de heparina.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrico.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	Álcool a 70%; 01 par de luvas estéreis; 01 pacotes de gazes; 01 campo estéril; 01 Seringa de 5 ml; 02 máscaras; EPis.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Colocar máscaras em si e no paciente;
- Colocar os EPis;
- Remover o curativo com a luva de procedimento;
- Calçar as luva estéril;
- Colocar o campo fenestrado no local.
- Realizar fricção das pontas do cateter com álcool a 70% durante 2 minutos;
- Somente após esta limpeza é que poderá abrir as pontas.
- Aspirar a heparina presente na luz do cateter com seringa de 3ml, aspirar mais ou menos 1,5ml;
- Solicitar ao técnico de enfermagem que ponha o EPI e abra o equipo – as linhas que estavam em O – e entregue ao executor;
- O executor irá conectar as pontas das linhas ao cateter depois de remover as tampas; estas serão descartadas;
- Remover todo o material empregado;
- Remover as luvas e lavar as mãos.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

172- TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DE PACIENTE COM CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 172
TÉRMINO DA HEMODIÁLISE DE PACIENTE COM CATETER NA UNIDADE DE TERAPIA RENAL ADULTO		
<u>Versão/Ano:</u> 01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Retirada dos pacientes da hemodiálise com cateter.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Máscaras, gorro, luvas estéreis, gaze, álcool a 70%, capa protetora, heparina, seringa de 3 ml, soro fisiológico a 0.9%, seringa de 20 ml, agulha 40x12, agulha 25x7, protetor para cateter, esparadrapo.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário para realizar a desconexão
- Certifique que o paciente está de máscara.
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s.

PROCEDIMENTO

- Diminua o fluxo da bomba de sangue para 200 ml/min.
- Pince a linha arterial antes da conexão do soro, abra o clamp do soro e devolva a linha venosa.
- Quando o soro fisiológico atingir o dialisador, realize a técnica de turbilhonamento para facilitar a devolução do sangue.
- Após clareamento do capilar e da linha, desligue a bomba de sangue e pince a linha venosa.
- Devolva o sangue da linha arterial.
- Feche o fluxo banho (Flow). Mantenha o dialisador na horizontal, desconectando o hansen V do dialisador e fixá-lo na máquina. Feche em seguida a câmara V do dialisador. Desconecte e fixe o hansen A fechando a câmara de banho arterial do dialisador.
- Coloque a maquina em desinfecção química
- Calce luvas estéreis, e sobre o campo estéril abra todo o material (a gaze, seringas,agulhas e duas tampas protetoras)
- Aspire de forma estéril a volume de heparina especificado pelo fabricante de cada lúmen do cateter ou conforme protocolo..

- aspire de forma estéril duas seringas de 20 ml de soro fisiológico caso seja um cateter de longa permanência ou duas seringas de 10 ml para um cateter de curta permanência
- Desconecte um lúmen por vez.
- Realize fricção nos conectores do cateter com álcool 70%.
- Lavar cada lúmen com soro fisiológico contido nas seringas
- Preencha o lúmen do cateter com a heparina.
- Feche o lúmen com a tampa estéril
- Envolve a ponta e o lúmen do cateter com uma gaze e em seguida proteja com a capinha de proteção.
- Desconecte o soro do sistema de diálise e realize a junção das linhas de sangue com o conect.
- Encaminhe o sistema de hemodiálise para o reuso.
- Afira pressão e peso do paciente e anote na ficha de diálise.
- Acompanhe o paciente a recepção.
- Efetue a limpeza da máquina com SUFIC.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

173- CURATIVO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 173
CURATIVO DO CATETER PARA HEMODIÁLISE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Clecia Sales, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Realização do curativo com técnica para prevenção de infecção.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Pediátrico / Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro.	
<u>Material necessário:</u>	01 par de luvas de procedimento; 01 par de luvas estéreis; 02 pacotes de gazes; 01 campo estéril; Clorexidina degermante 2% (em caso de crosta); Clorexidina alcoólica a 2%; 02 ampolas de soro fisiológico a 0,9%; Curativo Pharmapore; Esparadrapo micropore (caso o orifício tenha presença de secreção ou sangue); Tubo para swab; caso de sinais flogísticos; Mupirocina pomada caso de sinais flogísticos; 02 máscaras; Conjunto de EPis.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Colocar máscaras em si e no paciente;
- Colocar os EPis;
- Proceder à remoção do curativo anterior com auxílio da luva de procedimento;
- Observar o aspecto do local de inserção do cateter, relatando e registrando qualquer alteração relacionada ao local – (sinais flogísticos);
- Remover a luva de procedimento e desprezá-la;
- Calçar uma das mãos com luva estéril;
- Aplicar a solução de Clorexidina alcoólica a 2% no sentido de dentro pra fora do local de inserção, remover com soro fisiológico 0,9% e secar com gaze;
- Ocluir o local com gaze estéril e fechar com micropore;
- Remover todo o material empregado;
- Remover as luvas e lavar as mãos.

ATENÇÃO

- Em caso o orifício apresentar secreção realizar coleta do material e enviar para o laboratório.
- O curativo deve ser realizado antes de o paciente ser instalado na máquina, em uma sala reservada para evitar infetar.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

174- REUSO – PREPARO DAS SOLUÇÕES LIMPADORAS E ESTERILIZANTES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 174
REUSO – PREPARO DAS SOLUÇÕES LIMPADORAS E ESTERILIZANTES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Felipe César, Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever o preparo das soluções de limpeza e esterilizante.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto / Unidade Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPI, ácido peracético, água tratada, proveta graduada, galões de 20 litros graduados.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s

PROCEDIMENTO

Preparo da solução limpadora

- Adicione o ácido peracético em uma proveta graduada e despeje no galão graduado de 20 litros conforme a concentração especificada
- Despeje a água tratada no galão analisando a quantidade necessária de acordo com a tabela de diluição abaixo

Tabela de diluição da solução limpadora		
Para 20 litros de solução		
Concentração	Ácido Peracético	Água tratada
2%	500 ml	19,5 L
3,4%	300 ml	19,7 L
3,5%	270 ml	19,7 L
5%	200 ml	19,8 L

Preparo da solução esterilizante

- Adicione o ácido peracético em uma proveta graduada e despeje no galão graduado de 20 litros conforme a concentração especificada
- Despeje a água tratada no galão analisando a quantidade necessária de acordo com a tabela de diluição abaixo

Tabela de diluição da solução esterilizante		
Para 20 litros de solução		
Concentração	Ácido Peracético	Água tratada
2%	2L	18 L
3,4%	1,2 L	18,8 L
3,5%	1,1 L	18,9 L
5%	0,8 L	19,2 L

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

175- REUSO – PREPARAÇÃO DE DIALISADORES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 175
REUSO – PREPARAÇÃO DE DIALISADORES NOVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Felipe César, Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Aferir o priming inicial do dialisador para parâmetro do priming final.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto/ Unidade Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPI.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s
- Verifique se a pressão da água está em torno de 25 a 30 psi

PROCEDIMENTO

Procedimentos a serem realizados na bancada

- Para abrir as fibras realize um flush de água tratada na câmara interna do dialisador com a câmara externa aberta (para evitar rompimento das fibras) por 1 minuto
- Para hidratar as fibras mantenha uma das conexões da câmara externa fechada e conecte o hansen com água tratada na outra conexão, mantendo as duas extremidades da câmara interna aberta por 5 minutos.
- Para reinflar a câmara interna realize um flush de água tratada na câmara interna do dialisador com a câmara externa aberta (para evitar rompimento das fibras) por 3 minutos.

Procedimento a ser realizado na reprocessadora

- Acople o dialisador na reprocessadora.
- Conecte os hansen da reprocessadora nas conexões da câmara externa do dialisador
- Execute o reprocessamento alto fluxo com priming inicial de 20 ml.
- Aguarde o término do ciclo.
- Remova o dialisador do suporte da reprocessadora.

- Com uma das mãos segure o corpo dialisador e com a outra de leve palmadas no tampão superior, até todas as bolhas de subirem pela mangueira do conector de sangue.
- Posicione o dialisador horizontalmente. Remova os conectores hansen e nivele a solução esterilizante de dentro do filtro.
- Com a solução nivelada, coloque as tampas da câmara externa do dialisador
- Volte o dialisador para a posição vertical, retire os conectores de sangue e conecte as linhas já preenchidas
- Com as tampas e linhas fechadas, guarde o dialisador na caixa do respectivo paciente.
- Ao final do processo anote o priming inicial obtido pela reprocessadora na ficha de controle individual dos dialisadores.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

176- REUSO - REPROCESSAMENTO DOS DIALISADORES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 176
REUSO - REPROCESSAMENTO DOS DIALISADORES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Felipe César, Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Reprocessar os dialisadores de forma segura e eficaz.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto/ Unidade Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPI.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s
- Verifique se a pressão da água está em torno de 25 a 30 psi

PROCEDIMENTO

- Desconecte a linha arterial e venosa do dialisador.
- Lave o compartimento interno com um flush de água tratada com as conexões do compartimento externo abertos, até a água sair limpa.
- Mantenha uma das conexões da câmara externa fechada e conecte o hansen com água tratada na outra conexão, mantendo as duas extremidades da câmara interna aberta por no máximo 5 minutos em posição horizontal.
- Acople o dialisador na reprocessadora.
- Conecte os hansen da reprocessadora nas conexões da câmara externa do dialisador
- Aguarde o término do ciclo.
- Remova o dialisador do suporte da reprocessadora.
- Com uma das mãos segure o corpo dialisador e com a outra de leve palmadas no tampão superior, até todas as bolhas de subirem pela mangueira do conector de sangue.
- Posicione o dialisador horizontalmente. Remova os conectores hansen e nivele a solução esterilizante de dentro do filtro.

- Com a solução nivelada, coloque as tampas da câmara externa do dialisador
- Volte o dialisador para a posição vertical, retire os conectores de sangue e conecte as linhas já preenchidas
- Com as tampas e linhas fechadas, guarde o dialisador na caixa do respectivo paciente.
- Anote o priming final obtido pela reprocessadora na ficha de controle individual dos dialisadores.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

177- REUSO – PREPARO DAS SOLUÇÕES ESTERILIZANTES DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 177
REUSO – PREPARO DA SOLUÇÃO ESTERILIZANTES DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Felipe César, Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Descrever o preparo das soluções de limpeza e esterilizante.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto/ Unidade Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPI, , ácido peracético, água tratada, proveta graduada, galões de 10 litros graduados.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s

PROCEDIMENTO

- Em uma proveta graduada e despeje no galão graduado de 10 litros conforme a concentração especificada
- No galão de 10 litros adicione 9 litros de água tratada e 1 litro do ácido peracético a 2% utilizando uma proveta graduada

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

178- REUSO – REPROCESSAMENTO DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 178
REUSO – REPROCESSAMENTO DAS LINHAS DE SANGUE NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Felipe César, Clécia Sales.		
<u>Objetivo:</u>	Reprocessar as linhas de sangue de forma segura e eficaz.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto/ Unidade Renal Pediátrica.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	EPI, ácido peracético, água tratada, galões de 10 litros graduados.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Providencie o material necessário
- Lave as mãos
- Colocar os EPI,s
- Verifique se a pressão da água está em torno de 25 a 30 psi

PROCEDIMENTO

- Desconecte as linhas de sangue do dialisador.
- Remova todas as tampas dos seguimentos;
- As linhas devem ser lavadas com água tratada sob pressão até ser retirado todo o resíduo de sangue
- Preencha por gravidade as linhas com a solução esterilizante contida no galão.
- Conforme for ocorrendo o preenchimento abra os clamps das linhas para garantir a presença da solução em toda sua extensão.
- Feche os seguimentos com novas tampas.
- Conecte as linhas no dialisador já reprocessado.

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

179- COLETA DE EXAMES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 179
COLETA DE EXAMES NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Coleta de sangue para realização de exames de acordo com a portaria vigente.	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Tubos identificados, seringa, agulha 25x07.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO:

- Coloque EPI,s.
- Separe os tubos conferindo o nome do paciente.
- Confira os tubos de acordo com os exames que serão coletados.
- Lave as mãos.
- Calce luvas de procedimento.
- Realize antissepsia da pele de cima para baixo, utilizando álcool a 70%.
- Puncione o paciente.
- Aspire com seringa de 10 ou 20 ml, sangue em quantidade suficiente para preencher os tubos, conforme os exames do mês.
- Deixe a agulha encostada na parede do tubo, deixando o sangue escorrer sem pressionar, homogenizar cada tubo com movimentos leves.
- Observe que cada tubo aspirará a quantidade de sangue necessária, evite assim desperdício do sangue do paciente
- Evite sujar com sangue as tampas dos tubos.
- Conecte as linhas e ligue a bomba de sangue.
- Registre na ficha de diálise a coleta de exames.
- Encaminhe a coleta para recepção.

OBSERVAÇÕES

EXAMES MENSAIS: hematócrito, hemoglobina, creatinina (até um ano de HD), cálcio, fósforo, potássio, uréia pré, uréia pós, TGP, glicose para diabéticos.

EXAMES TRIMESTRAIS – MESES: Janeiro, Abril, Julho e Outubro – mensais + hemograma completo, ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina, proteínas totais e frações e fosfatase alcalina.

Lembrar de suspender o Noripurum quinze dias antes da coleta.

EXAMES SEMESTRAIS – MESES: Janeiro e Junho – mensais + PTH, Vitamina D, Anti-HBS, HBsAg e Anti-HCV, hemoglobina glicada (para diabéticos) .

EXAMES ANUAIS: Janeiro – mensais + trimestrais + semestrais Anti-HIV, Alumínio, TSH, T4, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Raio-X de tórax PA e Perfil, Ultrasonografia das vias urinárias e ECG.

Os resultados dos exames serão passados para o nefrodata onde gerará o fluxograma que será arquivado mensalmente nos prontuários dos pacientes.

Os exames devem ficar anexados no prontuário do setor por seis meses e depois, retirados e encaminhados para o prontuário do paciente no arquivo do hospital.

REFERÊNCIAS

Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

180- COLETA DE URÉIA NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 180
COLETA DE URÉIA – PÓS NAS UNIDADES DE TERAPIA RENAL ADULTO E PEDIÁTRICO		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Maria Jucineide, Felipe César.		
<u>Objetivo:</u>	Coleta de exames para cálculo do IRU (índice de remoção de uréia).	
<u>Abrangência:</u>	Unidade de Terapia Renal Adulto.	
<u>Siglas:</u>	EPI – Equipamento de proteção individual.	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.	
<u>Material necessário:</u>	Tubo identificado, seringa 3 ml.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;
- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;

- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Coloque os EPIs.
- Aguarde a máquina alarmar o final da diálise.
- Reduza o fluxo da bomba de sangue para 50 ml/min.
- Desligue o banho.
- Aguarde um minuto.
- Realize desinfecção com álcool a 70% no local de coleta da linha arterial.
- Realize a coleta de 3 ml de sangue para uréia pós.
- Coloque no tubo identificado com o nome do paciente.
- Prossiga o término da hemodiálise segundo rotina.

REFERÊNCIAS

- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Fermi MR. Diálise para enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica: DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.
- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Toporovski J, Mello VR, Martini D Filho, Benini V, Andrade OV. Nefrologia pediátrica, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

181- SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 181
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u> 2024
<u>Responsável pela revisão:</u> Deiziane Barros.		
<u>Objetivos:</u>	Monitorar o paciente no processo de recuperação pós-anestésica ou estado de narcose e estabilização dos seus sinais vitais, proporcionando um atendimento seguro, prevenindo e detectando possíveis complicações.	
<u>Abrangência:</u>	Sala de Recuperação Pós-Anestésica; UTI's	
<u>Siglas:</u>	PA – Pressão Arterial FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica	
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.	
<u>Material necessário:</u>	Equipamentos básicos: Monitor multiparamétrico, Esfigmomanômetro, oxímetro de pulso. Equipamentos de suporte respiratório: Ventiladores mecânicos; Máscaras e cateteres para oxigênio; Sondas para aspiração; Carrinho de emergência, com material completo para intubação orotraqueal e ventilação manual. Materiais de suporte cardiovascular: Equipos de soro e transfusão, cateteres, seringas e agulhas; Equipos para medida de pressão venosa central (PVC); Soluções venosas e fármacos de rotina. Materiais de cuidados gerais: Bandeja de cateterismo vesical; Sondas vesicais de demora; Sistema fechado de drenagem vesical; Bolsas coletoras para drenos e ostomias; Gazes; chumaços e adesivos; Termômetros; Frascos e tubos esterilizados para coleta de sangue; Fitas reagentes para dosagem de glicose no sangue e urina; Caixa de pequena cirurgia; Medicamentos e soros; Soluções desinfetantes e antissépticas; Cilindros de O2 para transporte; Travesseiros, coxins, cobertores e talas.	

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Explicar o procedimento e o motivo pelo qual ele será realizado em uma linguagem que o paciente possa compreender;
- Avaliar o paciente para determinar que a intervenção seja adequada e se são necessárias adaptações à técnica;
- Realizar higiene das mãos antes de cada contato com o novo paciente, conforme POP n 1;

- Ajustar o leito ou a cadeira para a altura adequada ao trabalho, quando necessário;
- Cercificar-se de que o paciente esteja confortável e que você tenha espaço suficiente para realizar o procedimento;
- Certificar-se de que você tenha iluminação suficiente para realizar o procedimento;
- Oferecer privacidade. Fechar a porta, usar cortinas /biombos para manter a privacidade e posicione ou cubra o paciente, quando necessário.

DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Promover a participação e o conforto do paciente;
- Comunicar-se com o paciente durante a realização do procedimento para minimizar a sua ansiedade e explique a origem de qualquer desconforto;
- Avaliar a tolerância do paciente ao longo de todo o procedimento.

PÓS - PROCEDIMENTO

- Descartar itens sujos no recipiente apropriado;
- Retirar as luvas, em caso de terem sido utilizadas, higienizar as mãos conforme POP n1;
- Agradecer ao paciente pela ajuda;
- Fazer com que o paciente se sinta confortável;
- Retornar o leito para posição baixa e travar o leito;
- Auxiliar o paciente com a bata, roupas de cama e outros itens aplicáveis;
- Conversar com o paciente sobre a resposta dele ao procedimento e quaisquer achados (se apropriado);
- Relatar imediatamente qualquer achado anormal;
- Devolver os itens não utilizados ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Limpar e devolver os itens reutilizáveis ao seu lugar, segundo a política do serviço;
- Registrar o procedimento e a resposta do paciente no prontuário;
- Avaliar o paciente ao retorná-lo para o leito ou para a cadeira para medir a resposta à intervenção

Perry e Potter (2021).

PROCEDIMENTO

- Conferir identificação do paciente: identificar o paciente usando dois identificadores (Nome e data de nascimento ou nome e número do paciente) Compare os identificadores com as informações que constam na pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Conferir o preenchimento dos impressos do prontuário referentes à anestesia e cirurgia;
- Posicionar o paciente em maca ou leito conforme a posição solicitada pelo cirurgião e/ou do anestesilogista;
- Checar a prescrição na folha de sala cirúrgica;
- Verificar nível de consciência, acesso venoso;

- Monitorar FC, PA, FR, Saturação de oxigênio, temperatura, nível de dor e manter vias aéreas permeáveis;
- Avaliar, quantificar e registrar a existência de queixa e/ou fácies de dor, náuseas e vômitos;
- Verificar e registrar os sinais vitais com periodicidade de 15 minutos na primeira meia hora e de 30 minutos nas próximas duas horas;
- Realizar a inspeção de drenos, sondas e curativos verificando e registrando a condição geral permeabilidade, a integridade e a fixação;
- Verificar e registrar a localização, fixação, permeabilidade e data dos acessos venosos e equipos de infusão;
- Verificar e anotar volume e aspecto da diurese;
- Manter as grades protetoras da maca/leito sempre elevadas;
- Promover conforto e aquecimento.
- Observar, comunicar e registrar qualquer intercorrência ao enfermeiro, anesthesiologista ou equipe médica cirúrgica;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Realizar as anotações no registro de enfermagem.

OBSERVAÇÕES

- Prestar assistência humanizada e segura e à mínima exposição aos riscos decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico;
- Checar o funcionamento de materiais e dos equipamentos da SRPA, realizando a montagem e a conferência prévia dos leitos.
- Liberar o paciente da SRPA somente após a autorização escrita do anesthesiologista responsável.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7.ed. São Paulo: SOBECC; Barueri: Manole; 2017.

Perry AG, Potter PA. Perry & Potter guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. p. 767-8.

Possari JF. Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iátria; 2003.

182- PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PACIENTE COM COVID-19

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP N°: 182
PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PACIENTE COM COVID-19		
<u>Versão/Ano:</u>	01/2021	<u>Próxima revisão:</u> 2023
<u>Responsável pela revisão:</u> Cybelle Karinne		
<u>Objetivo:</u>	Assegurar técnica de paramentação e desparamentação no anejo de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19	
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.	
<u>Siglas:</u>	EPIs – Equipamento de Proteção Individual.	
<u>Competência:</u>	Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com pacientes e que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.	
<u>Material necessário:</u>	Água e sabão, preparação alcoólica 70%, máscara cirúrgica, máscara N95, óculos de proteção ou protetor facial (face shield), avental simples, avental impermeável, luvas e touca.	

PROCEDIMENTOS

Em virtude da pandemia pelo novo Coronavírus, torna-se necessário algumas medidas para evitar a transmissão hospitalar do vírus. Sabe-se que existe o risco de contaminação do profissional de saúde e equipe de apoio por isso é imprescindível o uso correto dos EPIs.

É recomendado que no setor tenha área exclusiva para paramentação e desparamentação

1. Prender os cabelos. Homens devem estar sem barba;
2. Retirar adornos e objetos pessoais;
3. Usar pijama cirúrgico nas unidades COVID-19;
4. Realizar higiene das mãos.

Técnica de paramentação

- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool a 70%;
- Vestir o avental primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras no pescoço e cintura (com amarração preferencialmente na frente). Certifique-se que todo o tronco esteja coberto, bem como braços e punhos;
- Verifique se a máscara não está danificada;
- Segurar o respirador com a pinça nasal (para cima) próximo à ponta dos dedos, deixando as alças pendentes envolvendo a mão;
- Encaixar o respirador inicialmente pelo queixo até cobrir a boca e o nariz;

- Posicionar primeiro o tirante na parte superior da cabeça e posicionar o tirante inferior na nuca (não cruza-las);
- Ajustar a pinça nasal no nariz para melhor vedação;
- Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva ou negativa (Teste de pressão positiva: cobrir a PFF2 com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e soprar suavemente. Se houver fuga de ar a máscara não está com a vedação correta. Teste de pressão negativa: cobrir a PFF2 com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e inspirar vigorosamente. Se a máscara tocar suavemente o seu rosto e não houver fuga de ar a vedação estará correta)
- Apoiar a viseira do protetor facial na testa e passar o elástico pela parte superior da cabeça. No caso do óculos de proteção, coloque de forma usual;
- Colocar o protetor facial por cima da touca;
- Colocar a touca na cabeça, começando pela testa em direção à base da nuca cobrindo todo o cabelo e orelhas (lembrando que o cabelo deve estar preso);
- Calçar as luvas.

Técnica de desparamentação

- Retire as luvas;
- Retire o avental pelo avesso;
- Higienizar as mãos de preferência com água e sabão;
- Retire a touca puxando pela parte superior central sem tocar nos cabelos;
- Higienize as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica;
- Retire o óculos de proteção (segurando apenas pelas hastes laterais)/ protetor facial;
- Realize a limpeza com desinfetante padronizado ou água e sabão;
- Higienize as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). [citado 2021 Dez 1]; Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04-2020-09-09-2021.pdf
- World Health Organization. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020.

183- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE ESTÁVEL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			POP Nº: 183	
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE ESTÁVEL				
<u>Versão/Ano:</u>	01/2022	<u>Próxima revisão:</u>	2024	
<u>Responsável pela revisão:</u> Ingrid Bormann, Adriana de Melo, Emanuelli Ribeiro, Adriana de Melo, Danielle Vasconcelos Souto.				
<u>Objetivo:</u>	Realizar transferência interna ou externa do paciente estável.			
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.			
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem.			
<u>Material necessário:</u>	Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha interna de transferência, ficha de sumário de admissão e alta, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); enxoval hospitalar; maca ou cadeira de rodas.			

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;
- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;

PROCEDIMENTOS

- Entrar em contato com o setor que receberá o paciente;
- Verificar e confirmar a existência de leito;
- Informar nome do paciente e as condições clínicas do mesmo.
- Comunicar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a transferência;
- Solicitar ambulância ao NIR, quando necessário;
- Conferir os dados contidos na pulseira com o paciente e/ou familiares, informando a necessidade da transferência;
- Providenciar materiais e medicamentos para a transferência;
- Registrar no prontuário, o horário, estado geral do paciente, o motivo e o local da transferência;
- Solicitar maqueiro;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP nº 01;
- Fechar sondas, cateteres, drenos, se houver;

- verificar permeabilidade dos acessos venosos, se existirem;
- Monitorização das condições hemodinâmicas e respiratórias;
- Checar o nível de gases nos cilindros de oxigênio;
- Transferir o paciente acompanhado da equipe de saúde necessária, de acordo com o estado geral do mesmo, com seu prontuário, pertences e exames devidamente protocolados;
- Resgatar equipamentos utilizados na transferência do paciente ou certificar-se de que os mesmos serão devolvidos;
- Realizar transferência/alta no sistema MV, registrar no censo diário;
- Solicitar a limpeza terminal do leito/sala cirúrgica e equipamentos utilizados, deixando-os organizados.

REFERÊNCIAS

- Almeida AC, Neves AL, Souza CL, et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta paul. Enferm.* 2012;25(3):471-6.
- Meneguim S, Alegre PH, Lupp CH. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta paul. Enferm.* 2014;27(2):115-9.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2013 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Risk EN, Santos MA. O delicado manejo da transferência em paciente de difícil acesso. *Psicologia: ciência e profissão.* 2015;35(4):1074-88.
- Silva MF, Anders JC, Rocha PK, et al. Transferência entre unidades hospitalares: implicações da comunicação na segurança do paciente pediátrico. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(10):3813-20.
- Silva R, Amante LN, Salun NC, et al. Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e2017-0048

184- TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP Nº: 184	
TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE GRAVE			
Versão/Ano:	01/2022	Próxima revisão:	2024
Responsável pela revisão: Mirella Martins, Ingrid Bormann, Carla Gomes, Adriana de Melo, Danielle Vasconcelos Souto			
<u>Objetivo:</u>	Remover o paciente para outro setor e/ou serviço hospitalar que disponibilize os recursos necessários para melhor assisti-lo.		
<u>Abrangência:</u>	Todos os setores do complexo hospitalar.		
<u>Siglas:</u>	UTI – Unidade de Terapia Intensiva.		
<u>Competência:</u>	Enfermeiro, técnico de enfermagem, médico.		
<u>Material necessário:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Prontuário completo (registro e dados pessoais, ficha de sumário de admissão e alta, ficha de transferência interna, evolução médica, exames laboratoriais, exames radiológicos, exames de imagem, prescrição médica, evolução de Enfermagem, gráfico de cuidados de Enfermagem); maca; materiais e medicações para urgência; • Reanimador Manual com máscara e reservatório; • Laringoscópio com lâminas adequadas para o paciente; • Cânula endotraqueal: nº 7,0 a 9,0; • Fonte de oxigênio comprimido com umidificador e fluxômetro; • Sonda nasogástrica: nº12; 14; 16; 18; • Sonda para aspiração: nº10; 12 e 14; • Equipo Macrogotas; • Seringas de 1cc, 3cc, 5cc, 10cc e 20cc; • Agulhas 25x7, 15x4,5 e 40x12; • Solução fisiológica 0,9% 500 ml; • Ringer Lactato 500ml; • Soro Glicosado 5% 500 ml; • Glicose 50% 10ml; • Água destilada 10ml; • Adrenalina; • Atropina; • Amiodarona; • Noradrenalina. 		

PRÉ PROCEDIMENTO

- Verificar as solicitações médicas ou de outros profissionais de saúde e a necessidade de termo de consentimento;
- Apresentar-se ao paciente, informando nome, titulação ou função e explicar o que você planeja fazer;

- Conferir a identificação do paciente: identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex: nome e data de nascimento ou nome e número do paciente, de acordo com a política do serviço). Compare os identificadores com a informação que consta da pulseira de identificação do paciente. Peça ao paciente para dizer o próprio nome;

PROCEDIMENTOS

- Entrar em contato com o setor que receberá o paciente:
 - a. Verificar e confirmar a existência de leito;
 - b. Informar nome do paciente e as condições clínicas do mesmo.
- Comunicar ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente sobre a transferência;
- Informar aos familiares sobre a transferência do paciente;
- Providenciar materiais e medicamentos de urgência para transferência;
- Solicitar ambulância ao NIR, quando necessário;
- Registrar no prontuário, o horário, estado geral do paciente, o motivo e o local da transferência;
- Solicitar maqueiro;
- Higienizar as mãos, conforme técnica descrita no POP n° 01;
- Estabilizar hemodinamicamente o paciente, para realizar a transferência;
- Fechar sonda, cateter e dreno, se houver;
- verificar permeabilidade dos acessos venosos, se existirem;
- Transferir o paciente acompanhado do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; com seu prontuário, pertences, exames e medicações devidamente protocolados;
- Resgatar equipamentos utilizados na transferência do paciente ou certificar-se de que os mesmos serão devolvidos;
- Solicitar a limpeza terminal do leito, como também os equipamentos, deixando-os organizados;
- Realizar transferência/alta no sistema MV e registrar no censo diário.

REFERÊNCIAS

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (BR). Parecer técnico coren-pe n° 003/2015 [Internet]. Recife: COREN-PE; 2015 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0032015_4124.html

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (BR). Parecer técnico n° 027/2012: transporte de recém-nascidos para realização de exames, consultas e pareceres [Internet]. Recife: COREN-PE; 2012 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-no-0272012_7299.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013 [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2013 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); 2008 [citado em 18 maio 2018]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html