

RESOLUÇÃO Nº 232/2024

EMENTA: SOBRE APRECIÇÃO DO PLANO OPERACIONAL PADRÃO DA ENFERMAGEM DO HPP 2023.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Salitre / CE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/90, a Lei 8.142/90, a Resolução CNS 453/2012, o Decreto 7.508/2011 e a Lei Municipal nº 282/2017, de 19 de maio de 2007...,

CONSIDERANDO:

A Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, Lei Federal Nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal Nº 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, Decreto Nº 7.508/11 que regulamenta a Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 e a Lei Federal Complementar 141/2012 de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal;

O disposto nas leis de âmbito nacional sobre a exigida transparência e o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, necessários para a gestão democrática do SUS.

1

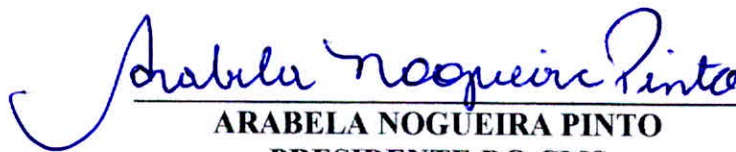
As deliberações da Plenária que ocorreu **aos 05 dias do mês de agosto de 2024**, lavradas no livro de atas nº 02 do CMS - que trata da mencionada pauta entre outras.

RESOLVE:

Art. 1º Fica Apreciado o Plano Operacional Padrão da Enfermagem do HPP 2023.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

SALITRE – CE, aos 05 de agosto de 2024.


ARABELA NOGUEIRA PINTO
PRESIDENTE DO CMS

PUBLICADA aos
06 DE AGOSTO DE
2024, pelo
Secretário Executivo
ASS:


Pe. João Antonio da Silva
Padre Joãozinho
Secretário Executivo do Conselho

HOMOLOGAÇÃO aos
06 DE AGOSTO DE
2024 pela Secretária
Municipal de Saúde
ASS:

GEORGIA DE SOUZA PEREIRA
SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALITRE
PORTARIA Nº 005/2021
CPF: 638.265.023-40



PREFEITURA MUNICIPAL DE

Salitre

MUDAR PARA AVANÇAR

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALITRE
PROCURADORIA JURÍDICA

PARECER JURÍDICO

Em virtude da realização da reunião do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS**, assistido por essa assessoria jurídica que orientou e acompanhou o ato, realizando análise da ata e elaboração das demandas aprovadas na sessão, além de confecção de documentos pertinentes ao ocorrido no ato, realizando análise da ata e elaboração das demandas aprovadas na sessão, além de confecção de documentos pertinentes ao ocorrido no ato.

Devemos informar que a realização da presente sessão e seus despachos obedeceu os ditames legais, em especial Constituição Federal, e leis que o regulam, a Lei nº 8.080/90, a Lei 8.142/90, a Resolução CNS 453/2012, o Decreto 7.508/2011 e a Lei Municipal nº 282/2017, de 19 de maio de 2017 entre outras.

Por deliberação do plenário, o qual é soberano para análise e votação das demandas relativas ao Conselho, foi emitida a seguinte **RESOLUÇÃO**:

CMS - RESOLUÇÃO Nº		232/2024
DATA de EMISSÃO		05/08/2024
EMENTA:	SOBRE APRECIACÃO DO PLANO OPERACIONAL PADRÃO DA ENFERMAGEM DO HPP 2023.	
CONCLUSÃO PARECER:	CONSIDERANDO os parâmetros legais que regulamentam a presente emissão, os quais autorizam o colegiado para assim proceder. Por conta disto, essa assessoria jurídica entende que é legal a emissão da resolução em questão. É o parecer. Salvo Melhor Juízo.	

Salitre 06 de Agosto de 2024



Kátia Mendes de Sousa Andrade

ASSESSORIA JURÍDICA DO MUNICÍPIO

Carimbo e assinatura do advogado

Kátia Mendes de Sousa Andrade
Procuradora Geral do Município
Portaria nº: 0401.002/2021
OAB/CE nº: 16.663

Ofício nº 27/2024

Salitre – Ceará, 29 de Julho de 2024

A Sr.(a). Arabela Nogueira Pinto
Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Salitre-CE

Assunto: Documentação da Enfermagem do HPP

Ao cumprimentá-lo cordialmente sirvo-me do presente, para encaminhar o Plano Operacional Padrão de Enfermagem do Hospital de Pequeno Porte São Francisco.

Sem mais para o momento, reitero votos de estima e elevado apreço ao mesmo tempo em que me coloco a inteira disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Jose Marcos da Costa Oliveira

Jose Marcos da Costa Oliveira
Diretor Técnico de Enfermagem

Jose Marcos da Costa Oliveira
Diretor Técnico de Enfermagem
Portaria nº 010801/2023

Documento **RECEBIDO**
Aos 29/07/2024

Pe. João Antonio da Silva
Pe. João Antonio da Silva
Padre Joãozinho
Secretário Executivo do Conselho

DOCUMENTO APROVADO
Aos 05/08/24
Res. 232/2024
Pelo Plenário do Conselho

ARQUIVO DO CONSELHO

PLANO OPERACIONAL PADRÃO

ENFERMAGEM



Enfermagem

SALITRE-CE

2023

APRESENTAÇÃO

Na qualidade de Enfermeiros atuantes do Sistema Único de Saúde, deparamo-nos com a necessidade de um modo de trabalho organizado e padronizado, para qualificar e tornar homogeneia a assistência prestada ao usuário do Hospital de Pequeno Porte São Francisco de Salitre-CE. Para tal nos propomos a elaborar o Plano Operacional Padrão do serviço de Enfermagem.

. Temos como valores: respeito à pessoa, competência técnica, trabalho em equipe, comprometimento institucional, responsabilidade social e ética para mantermos um referencial de alta confiabilidade em saúde valorizando as nossas metas vinculadas à assistência humanizada.

Acreditamos na assistência com qualidade e diferencial aos nossos pacientes, executando um trabalho de maneira sistemática e científica. Visamos melhorar a qualidade da assistência ao paciente para alcançar as suas necessidades específicas de maneira holística, tendo o objetivo de facilitar o trabalho e sanar dúvidas de todas as pessoas envolvidas no tratamento. Além disso, as normas e rotinas de enfermagem são exigidas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Este Manual de Procedimentos tem como objetivo esclarecer os cuidados a serem tomados no exercício da Enfermagem em todos os setores do Hospital de Pequeno Porte São Francisco visando assistência de qualidade ao público.

José Marcos da Costa Oliveira – Diretor Técnico de Enfermagem
Cristina Bitu Magalhães – Orientadora e colaboradora Técnica

ADMISSÃO DO PACIENTE

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 2	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição:

A admissão do paciente na unidade hospitalar ocorre quando há necessidade deste de ocupar um leito hospitalar por 24h ou mais. O paciente deve ser recebido por um profissional da unidade e encaminhado à enfermaria. Deve ser tratado com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades.

2. Objetivo:

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

3. Material utilizado:

- Prontuário do paciente;
- Exames existentes anexados;
- Presença de um familiar ou responsável; se menor de idade ou idoso;
- Esfigmomanômetro aneroide;
- Termômetro;
- Estetoscópio.

4. Procedimento:

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

ADMISSÃO DO PACIENTE

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 2	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

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

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem;

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA			
Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição:

Refere-se a administração de medicamentos, soluções contendo eletrólitos, nutrientes e hemoderivados diretamente na circulação venosa do paciente

2. Objetivos:

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

3. Material utilizado;

- Seringas (5ml, 10ml, 20ml);
- Agulhas 40 x 12;
- Equipo de soro S/N;
- Luvas de procedimento;
- Algodão com álcool a 70%;

- Scalp nº 21 ou 23, cateter periférico (jelco nº18, 20, 22);
- Polifix, esparadrapos, treeway (torneirinha);
- Ampola de diluente, frasco, ou bolsa com solução prescrita.

4. Procedimento:

Preparo e administração: utilize técnicas assépticas rigorosa

- Lavar as mãos antes e após o preparo das medicações;
- Conferir a prescrição médica mais uma vez;
- Remover o plástico protetor da bolsa ou frasco de solução;
- Faça a inspeção da bolsa ou frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras ou vazamentos, e data de validade da solução;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Prepare a etiqueta de identificação conforme prescrição. Anote a data, a hora e o nome de que preparou. Ao colocar a etiqueta de identificação no frasco, lembre-se ao pendurá-lo este será invertido;
- Realize a desinfecção da ampola/frasco com álcool a 70%, abra a ampola ou frasco de medicamentos ou eletrólitos, aspire com seringa. Realize a desinfecção do injetor lateral, treeway, ou frasco de soro com álcool a 70% e introduza a medicação aspirada no frasco da solução;
- Adapte o frasco ao equipo e instale no paciente, controlando o fluxo da infusão;
- Observe o paciente para sinais/sintomas de reações adversas ao medicamento ou solução;
- Cheque o medicamento administrado no prontuário do paciente.

5. Recomendação:

- Não administre medicamentos incompatíveis entre si, ou em soluções;
- Durante a reconstituição, diluição e administração do medicamento, observe qualquer mudança de coloração e a formação de precipitados ou cristais.

Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure informar e notifique ao enfermeiro;

- Não realize a mistura de dois medicamentos na mesma seringa, a não ser indicado na prescrição;
- Caso necessite armazenar o medicamento após reconstituição e/ou diluição utilize a etiqueta de identificação com as seguintes informações: (nome do medicamento, responsável pela manipulação (nome do profissional e registro do COREN, data, e hora e diluente);
- Antes de iniciar o preparo do medicamento leia atentamente a prescrição médica e confira o rótulo do fármaco com os da prescrição. Em caso de dúvida consulte o enfermeiro;
- Verifique na prescrição o tipo de diluente recomendado e a via de administração;
- Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto de cada vez, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos;
- Não administre um medicamento previamente diluído sem ter certeza do prazo de validade e das informações referente a sua diluição na etiqueta;
- Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Administre somente medicamentos que estejam prescritos pelo médico;
- Avalie o acesso venoso do paciente e o entendimento do paciente sobre a terapia prescrita (caso paciente orientado);
- Quando se está preparando uma solução e o paciente já está recebendo a mesma solução, o equipo só será trocado se o prazo de validade (48 horas) estiver vencendo ou se estiver sem identificação; se um novo equipo for utilizado este deve ser rotulado com data, hora de instalação e o nome do profissional que instalou.

6. Observações:

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

7. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR			
Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 4	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição:

Consiste na introdução de medicamentos no tecido muscular.

2. Objetivos:

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

3. Material Utilizado:

- Bandeja ou cuba rim;
- Seringa conforme volume a ser injetado;
- Agulhas (25 x 7 ou 25 x 8), comprimento compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Luvas de procedimento;
- Medicamento prescrito;

4. Procedimento:

- Ler a prescrição, data, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário do medicamento.
- Lavar as mãos,
- Preparar medicamento prescrito, conforme técnica asséptica;

- Levar medicamento preparado na bandeja ou cuba rim para perto do paciente, colocando a bandeja/cuba rim sobre mesinha de cabeceira;
- Orientar o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento;
- Checar condições do músculo escolhido, para volume maior ou igual a 3mL. (Músculo indicado é glúteo);
- Calçar luva de procedimento;
- Verificar a presença de ar no interior da seringa e se necessário retirá-lo da seringa e da agulha antes da aplicação;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 4	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Fazer antisepsia da pele com algodão embebido com álcool a 70%;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Na região deltoide 4cm dedos abaixo da região escapular e na região glútea no quadrante externo superior;
- Introduzir a agulha em ângulo adequado a escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar o líquido sem pressa;
- Retirar a seringa/agulha, comprimindo o local com algodão, observando presença de edema, hematoma ou sangramento no local;
- Deixar a unidade organizada;
- Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas em caso de crianças);
- Desprezar o material perfurocortantes em recipiente apropriado (caixa de perfurocortantes);
- Retirar luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição médica;

5. Recomendação:

- Para aplicar com agulha ideal, deve-se levar em consideração: (o grupo etário, condições físicas do paciente, solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatias);

- Em criança o músculo escolhido dependerá do peso da criança e do tipo de medicamento;
- Para crianças menores de 3 anos a região indicada é a região vasto lateral da coxa por ter maior massa muscular e possuir poucos nervos e vasos sanguíneos;
- Crianças maiores de 3 anos a região indicada é a região glútea;
- Proteger o paciente com biombo;
- Fazer rodízio dos locais de aplicação;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 4	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

Agulhas de tamanho apropriado:

- Adultos: 25x7, 25x8 e 30x7;
- Crianças: 25 x7, 20 x 5,5 e 13 x 4,5;

Seringas de tamanho apropriado:**Volumes:**

- Adulto: 3 e 5 ml
- Crianças, idosos e indivíduos magros: 1 a 2 ml;
- Posição de aplicação: o paciente deve estar em decúbito dorsal, lateral, sentado ou ventral;

ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO**Dorso glútea**

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur;

- Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano deambulação;

Ventroglútea

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

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 4	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

Vasto Lateral da Coxa:

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

Deltoide:

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

6. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA			
Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

- Observar a prescrição médica: data, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração e o horário do medicamento;

- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o cliente em posição adequada para aplicação;
- Proceder à antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir agulha, com ângulo de 90° (com agulha 13 x 4,5 puncionar a 90°);

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Observar se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento). Exceto na administração de heparina e clexane;
- Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir agulha, com ângulo de 90° (com agulha 13 x 4,5 puncionar a 90°);
- Observar se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo o material e reiniciar o procedimento). Exceto na administração de heparina e clexane;
- Administrar medicamento lentamente;
- Retirar agulha com um movimento rápido, fazendo ligeira pressão no local;
- Realizar rodízio de local de punção;
- Desprezar o material utilizado no expurgo na caixa de perfuro cortante;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica.

5. Recomendações

- Na aplicação de heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar o medicamento e para evitar absorção rápida do medicamento, não se deve massagear o local após aplicação;
- No uso de Clexane não se deve retirar a bolha que vem dentro da seringa ao administrar o medicamento;

- Na aplicação de insulina utilizar a técnica do revezamento, um sistema padronizado de rodízio dos locais de aplicação das injeções para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área da injeção;
- Sempre que possível envolver o paciente no processo de escolha do local de administração do medicamento.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

6. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL			
Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Bandeja;
- Copinho descartável;
- Medicamento prescrito;
- Rótulo de identificação;
- Macerador e Pistilo se necessário;
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento se necessário.

4. Procedimento

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

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Lavar as mãos;
- Checar após administração.

5. Observações:

- Caso o paciente esteja impossibilitado de se automedicar, colocar o medicamento diretamente na sua boca;
- Verificar se o paciente engoliu o comprimido, nunca deixá-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Agitar o frasco que contenha suspensões para homogeneizar a solução;
- Todo medicamento deve ser checado após a administração;
- Esta via está contraindicada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição. Neste caso utilizar SNG, para veiculação do medicamento;
- Apresentações em forma de pó devem ser preparadas antes de serem ingeridas. O pó não deve ser colocado diretamente na boca, atentar para identificação dos frascos com a data, após a diluição dos medicamentos;
- Verificar necessidade de refrigeração e prazo de validade depois de diluído, conforme a recomendação do fabricante;
- Os comprimidos, cápsulas e drágeas são geralmente deglutidas com auxílio de água. As drágeas não devem ser cortadas e nem as cápsulas serem abertas, salvo quando para veiculação via SNG. Os comprimidos podem ser

macerados e diluídos quando os pacientes apresentarem dificuldade na deglutição;

- O medicamento via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou que estejam em jejum para cirurgia;
- Os medicamentos sublinguais seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. Os medicamentos administrados por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca. Essa via é utilizada para aplicar medicamentos em algumas urgências, como, por exemplo: medicamentos para precordialgia e para hipertensão.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL			
Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

6. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL			
Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 2	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. Definição

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

Supositórios são formas farmacêuticas destinadas à inserção em orifícios corporais (esp. no ânus ou vagina nos quais amolecem, se dissolvem e exercem efeitos sistêmicos ou localizados). A introdução de pequena quantidade de líquidos via retal chama-se Clister (até 150 ml). Acima desta quantidade é chamada Enterocisma ou Lavagem intestinal.

2. Objetivos

- Administrar fármacos a pacientes incapazes ou que não querem engolir o medicamento;
- Evitar a destruição ou desativação dos fármacos pela atividade enzimática do estômago e dos intestinos;
- Evitar a irritação estomacal quando o fármaco apresenta esse efeito;
- Evitar a metabolização hepática quando o fármaco é muito rapidamente metabolizado no fígado;
- Promover eliminações fecais em pacientes que apresentam retenção fecal;

3. Material Utilizado

- Bandeja;

- Descartável;
- Lubrificante;
- Medicamento prescrito;
- Comadre;
- Luvas de procedimento;
- Papel toalha;

4. Procedimento

- Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, horário e data;
- Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 2	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Colocar o paciente em posição de Sims para facilitar a aplicação;
- Lubrificar a cânula do aplicador com anestésico em gel;
- Introduzir a cânula do aplicador no reto;
- Aplicar o conteúdo conforme prescrição;
- Retirar a cânula do reto;
- Oferecer a comadre ou encaminhar o paciente ao banheiro;
- Checar a prescrição médica.

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES			
Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 5	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

1. OBJETIVOS

- Os procedimentos transfusionais devem ser precisos e seguros, com a finalidade de assegurar o bem-estar do paciente e a qualidade do serviço.
- A normalização de procedimentos transfusionais e a introdução do controle de qualidade têm por objetivo minimizar a probabilidade de ocorrência de reações transfusionais.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Toda transfusão de sangue ou hemocomponente deve ser prescrita por um médico e registrado no prontuário médico do paciente de acordo com a Portaria Nº1353 de 13/06/11.

2.1. Transfundir somente sob prescrição médica, prontuário / requisição (formulário específico) que devem constar os seguintes dados:

- Nome completo do paciente, data do nascimento Sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro número do leito se for paciente internado;
- Diagnóstico, antecedentes transfusionais, gestacionais, reações a transfusão;
- Hemocomponente solicitado com o respectivo volume ou quantidade;
- Tipo da Transfusão – programada, rotina, urgente e emergência;
- Resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente;

2.2 Coleta da amostra de sangue para as provas pré-transfusionais.

- Identificar os tubos no momento da coleta com o nome completo do paciente, número do prontuário, data da coleta, identificação do coletor.
- A identificação da amostra pode também ser feita por códigos de barra.
- Não colher amostra de uma linha intravenosa que esteja sendo administrado soluções.
- Caso a coleta seja executada a partir de um cateter, este deve ser irrigado para limpar qualquer vestígio de soluções previamente administradas. Recomenda-se para tal a infusão de 5 ml de solução fisiológica e, antes de colher as amostras para transfusão, desprezar um volume de sangue correspondente ao dobro do conteúdo da linha intravenosa.
- As amostras não corretamente identificadas **NÃO** devem ser aceitas pelo serviço de hemoterapia.

ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 5	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- As amostras devem ser transportadas de forma segura e em recipiente apropriado.

3. Cuidados no ato transfusional de acordo com a PORTARIA Nº.1353 de 13/06/2011 – I - Transfusão Sanguínea: I.1.2.1.

- As transfusões sanguíneas devem ser realizadas, **PREFERENCIALMENTE**, no período diurno.
- As transfusões devem ser realizadas por profissionais de saúde habilitados, qualificados e conhecedores dessas normas, e só podem ser realizadas sob a supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente, que possa intervir em casos de reações transfusionais.
- Observar se os resultados dos exames sorológicos, imuno hematológicos, data da coleta e prazo de validade estão referidos no rótulo da bolsa
- Imediatamente antes da transfusão identificar corretamente o receptor e solicitar que ele comunique a enfermagem qualquer sinal ou sintoma que ocorra durante a transfusão.
- Transfundir componentes com hemácias, somente após prova de compatibilidade.
- A infusão de grande quantidade de hemocomponentes gelados deve ser evitada.
- É obrigatória a observação do paciente nos dez minutos iniciais após instalação da transfusão.
- São obrigatórios que fiquem registrados no prontuário os sinais vitais do paciente antes e após a transfusão, ABO/Rh, número da bolsa, tipo e origem

dos hemocomponentes transfundidos, hora do início e término da transfusão, bem como a data, assinatura de quem realizou a transfusão.

- Durante a transfusão o receptor deve ser observado periodicamente para detecção de eventuais reações adversas. Se houver alguma reação adversa o médico deve ser chamado imediatamente.
- Antes da instalação da transfusão verificar e registrar os sinais vitais.
- Identificação do hemocomponente deve ser **AFIXADA**, a toda unidade a ser transfundida, um rótulo ou etiqueta com:
 1. Nome completo, leito e enfermaria do receptor
 2. Identificação numérica ou alfanumérica e o grupo ABO e fator Rh do receptor
 3. Número de identificação do hemocomponente, seu grupo ABO e Rh
 4. Conclusão prova de compatibilidade e a data do envio do hemocomponente para a transfusão

ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 5	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

5. Nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e pela liberação do hemocomponente.

- Antes da transfusão os componentes eritrocitários só podem permanecer à temperatura ambiente por, no máximo, 30 minutos. Se este tempo for atingido, o componente deve ser recolocado, imediatamente, no refrigerador, caso contrário deverá ser descartado.
- As unidades de PLASMA devem ser transfundidas o mais brevemente possível após seu descongelamento, não excedendo 24 horas se armazenados a 4 +/- 2C.
- Os componentes PLAQUETÁRIOS devem ser mantidos em agitação contínua devendo ser transfundido, no máximo até 24 horas depois de saírem do agitador contínuo de plaquetas, agitando-se antes do uso.
- O Crioprecipitado uma vez descongelado deve ser transfundido o mais breve possível, na impossibilidade manter em temperatura ambiente por no máximo 6 horas.

4. PUNÇÃO VENOSA

Escolher uma boa via de acesso – preferencialmente na mão não dominante, nos casos de transfusão de concentrado de hemácias usar agulhas de calibre 18-19 G, para outros componentes são aceitáveis agulhas de menor calibre.

5. TÉCNICA PARA PUNÇÃO VENOSA

- Buscar inicialmente as veias distais das mãos ou braços para a venopunção. Assim, se a região apresentar dificuldade de acesso, resta opções para as veias na região proximal.
- Fazer inspeção da rede venosa com o uso de garrote (se necessário);
- Palpar a veia sentindo seu calibre e trajeto;
- Proceder à antisepsia conforme a técnica descrita (não palpar após este procedimento);
- Puncionar a veia, penetrando primeiramente a pele com o bisel voltado para cima e depois perfurar a veia;
- Verificar o fluxo e o refluxo;
- Proceder a fixação do dispositivo com esparadrapo ou micropore;
- Realizar o procedimento com a abertura do roler do equipo.
- Deve-se utilizar equipos com filtros standard de 170 e 220 micras, estéreis, apirogênicos e descartáveis após uso único, para todos os hemocomponentes transfundidos, fazendo a troca, em transfusões sequenciais, se cada equipo permanecer por mais de 2 horas.

ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Cod. GENf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 5	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

- Filtros de microagregados (10 a 40 micras) podem ser utilizados em bolsas de sangue com período de estocagem superior a cinco dias, com formação de microagregados. Estão indicados em transfusões maciças.
- Filtros para leucorredução, utilizados para retenção de leucócitos dos componentes eritrocitários, plaquetários e plasmáticos.

6. RITMO DE PERFUSÃO

- Depende da condição: clínica do receptor, calibre da agulha e do componente a transfundir. Os primeiros 25/50 ml devem ser transfundidos lentamente 2 ml/minuto e, caso não se detecte nenhuma reação durante este período, aumentar o ritmo.
- O tempo máximo de infusão do hemocomponente é de 4 horas, transcorrido esse tempo a transfusão deve ser suspensa e o hemocomponente descartado.
- Transfusão de concentrado de hemácias na ausência de hemorragia aguda não deve ser superior a 2 ml/Kg/hora (40 gotas/minuto no adulto), devendo ser reduzida para 1ml/Kg/hora nos casos de anemia crônica grave, idosos, renais crônicos e cardiopatas. Nos casos de Hemorragia Grave a velocidade é determinada por sua gravidade.
- Concentrado de plaquetas o ritmo é de 10 a 12 minutos por unidade.

7. ADIÇÃO DE DROGAS OU SOLUÇÕES

- NENHUM MEDICAMENTO pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e NEM SER INFUNDIDO EM PARALELO (na mesma linha venosa), à exceção da solução de cloreto de sódio a 0.9%, em CASOS EXCEPCIONAIS. Em caso de absoluta necessidade interromper a transfusão e lavar a linha de infusão com soro fisiológico.
- NÃO ADMINISTRE PELA MESMA LINHA DE INFUSÃO:
- Soluções glicosadas, pois pode causar hemólise; ringer lactado contém cálcio e pode induzir a formação de coágulos; Medicamentos (antibióticos, quimioterápicos e outros).

ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Cod. GEnf.00	Data de Emissão: 01/08/23	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 5 de 5	Validade: 02 anos	Implantação: 2023	

8. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 2	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. DEFINIÇÃO

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

2. OBJETIVOS

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

3. MATERIAL UTILIZADO

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

4. PROCEDIMENTO

- Ler a prescrição médica e verificar: data, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração e o horário da medicação (aplicação);
- Lavar as mãos;

- Preparar medicamento utilizando-se de técnica asséptica (aspirar o conteúdo do medicamento do frasco e retirar todo o ar da seringa);
- Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente;
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Checar as condições da região escolhida;
- Fazer antissepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e anelar da mesma mão;
- Espetar alguns segundos para que o álcool seque e não interfira na ação do medicamento;
- Com a mão não dominante fazer uma prega na pele utilizando o dedo indicador e polegar, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° ou 45° (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido adiposo;

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 2	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Para o paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90°;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a seringa/agulha rapidamente, não massagear o local e não aspirar (fazer rodízio na próxima aplicação);
- Checar o procedimento no prontuário e anotar no prontuário o local que foi administrado à insulina

5. OBSERVAÇÕES:

- Na aplicação de insulina, utilizar a técnica de revezamento, um sistema padronizado de rodízio de locais, para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área de injeção;
- Os locais indicados são: face posterior externa do braço, no espaço correspondente ao terço médio
- Região lateral esquerda e direita do abdômen
- Região frontal e lateral superior da coxa e região lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega Inter glútea;
- Em cada aplicação é importante dar uma distância de aproximadamente 1 a 2 cm do local da última aplicação;
- O frasco de insulina deve ser conservado na geladeira (de preferência na gaveta da geladeira).
- Furar um vaso sanguíneo durante uma injeção subcutânea é muito raro, por isso a aspiração não é necessária.

6. RESPONSABILIDADE:

✓ Equipe de Enfermagem

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ADMINISTRAÇÃO DE AEROSOLTERAPIA			
Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição:

É a administração de medicamentos nas vias aéreas superior (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

2. Objetivo:

- Umidificar as vias aéreas superiores;
- Facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares;
- Liquefazer secreção brônquica resistentes associando à nebulização o muco lítico;
- Diminuir a inflamação através da associação de corticoides à nebulização;

3. Material Necessário

- Kit de nebulização;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Fonte de O₂;
- Ar comprimido;

- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fluxômetro;
- Etiqueta de identificação.

4. Descrição do Procedimento:

- Conferir a prescrição médica;
- Conferir os itens: paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, registro certo, diluição certa, riscos aos profissionais e riscos ao paciente;
- Separar o material a ser utilizado na bandeja;
- Fazer a etiqueta de identificação do medicamento seguindo os itens de segurança do paciente;
- Levar o material até a unidade do paciente (quando internado) ou a sala de atendimento ambulatorial (quando em ambulatório);
- Realizar a higienização das mãos
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;
- Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica;

ADMINISTRAÇÃO DE AEROSOLTERAPIA

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Conferir a solução preparada com a prescrição médica;
- Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;
- Conectar o inalador a fonte de O₂ ou ao ar comprimido;
- Abrir válvula do Fluxômetro na vazão de 4 a 6 L/min;
- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;
- Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente;
- Orientar o paciente (se colaborativo) para que permaneça com os olhos fechados em quanto durar a nebulização;
- Fechar a válvula do Fluxômetro quando a névoa parar de sair;
- Desconectar a extensão do inalador;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher o material utilizado;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Realizar a higienização das mãos.
- Checar o aprazamento na prescrição médica;

- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico ou auxiliar de enfermagem);

5. Cuidados Relacionados:

- Certificar-se que a montagem do kit de nebulizador ficou estável;
- Interromper o medicamento se ocorrer reações e comunicar imediatamente ao médico responsável;
- Trocar o kit de nebulização a cada uso, enviando para a sala de utilidades e posteriormente à SME (Serviço de Material Esterilizado);
- O kit de nebulização é de uso individual;
- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do cliente a aerossolterapia, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa;

8. Risco Relacionado:

Desenvolver reação alérgica ou reação adversa relacionada a determinado fármaco utilizado.

ADMINISTRAÇÃO DE AEROSOLTERAPIA			
Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

9. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	05/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	05/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	05/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	05/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	05/08/23
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 2	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

- Higienize as mãos.
- Reúna o material necessário em uma bandeja e leve ao quarto do paciente.

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado
- Oriente o paciente/acompanhante sobre o procedimento.
- Promova a privacidade do paciente.
- Higienize as mãos.
- Coloque o EPI recomendado (luvas, máscara, avental e óculos).
- Abaixe a grade lateral da cama do lado que você irá se posicionar.
- Posicione o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 45 à 90°.
- Abra o material, com técnica estéril, sobre a mesa auxiliar.
- Abra o invólucro da sonda e encaixe a extremidade com adaptador à extensão do sistema coletor de aspiração, já conectado ao vácuo, mantendo a extremidade com orifícios protegida com o invólucro.
- Ligue e ajuste a pressão do vácuo à cerca de 150 mmHg.
- Calce as luvas estéril na mão dominante;

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 2	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Com a mão dominante feche o vácuo da sonda (dobre o látex extensor) e com a mão dominante introduza a sonda através da cavidade nasal até o ponto de demarcação;
- Abra o vácuo (reduza a dobra do látex extensor) e retire a sonda em movimentos circulares, propiciando aspiração de secreção existente, por no máximo 15 segundos.
- Ofereça máximo aporte de oxigênio;
- Observe sinais de Hipoxemia;
- Repita o procedimento de aspiração quantas vezes forem necessárias para a higiene brônquica.
- Retire as luvas e descarte-as junto com os materiais descartáveis em saco plástico para resíduos.
- Deixe o paciente confortável, em posição semi Fowler (cabeceira elevada 30° ou mais).
- Levante a grade lateral da cama.
- Higienize as Mãos.
- Mantenha o quarto organizado.
- Calce as luvas de procedimento e recolha o material
- Encaminhe ao expurgo e despreze os resíduos. Retire as luvas e descarte-as.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e faça desinfecção com álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque o procedimento na prescrição de enfermagem e realize as anotações de enfermagem.

5. Responsabilidade:

✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
BANHO NO LEITO			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Carrinho de banho;
- Biombo;
- Hamper com saco plástico;
- Recipiente com água morna;
- Cuba rim;
- Bacias; Comadre;
- Gaze Não estéril;
- Compressa não estéril;
- Papel toalha;

- Lençóis; Fralda geriátrica;
- Fita adesiva hipoalergênica microporosa;
- Esparradrapo e cadarço.
- Materiais de higiene pessoal: (shampoo, condicionador, pente, escova de dente ou espátula com gaze, creme dental, antisséptico bucal, sabonete, barbeador, toalha de banho, desodorante, hidratante);
- EPI (avental descartável, luvas de procedimento e máscara).

4. Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Certifique que o paciente não está recebendo dieta no momento.
- Se consciente, explique o procedimento ao paciente e confirme a aceitação.
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente.
Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ ou fechando a porta do quarto, janelas e cortinas;

BANHO NO LEITO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Higienize as mãos.
- Verifique a temperatura da água (teste na região medial do antebraço).
- Coloque o EPI.
- Abaixe a grade da cama.
- Higienize o cabelo e couro cabeludo (com shampoo e condicionador), enxágue com água, seque com uma toalha e penteie o cabelo.
- Se o paciente for do gênero masculino, realize tricotomia facial.
- Realize/auxilie na higiene oral.
- Realize higiene ocular com gaze umedecida com SF.0,9%.
- Lave o rosto, orelhas e pescoço com água e sabonete, enxague e seque com a toalha.
- Caso o paciente esteja com SNE, tubo endotraqueal ou traqueostomia, troque as fixações.
- Troque as luvas de procedimento.
- Desamarre o lençol da cama.
- Retire as roupas e fralda do paciente.
- A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma forma, em cada parte do corpo. Utilize compressa com água morna e sabonete, em seguida enxágue e seque com uma toalha/lençol.
- Higienize o tórax e abdome e na sequência os membros superiores: axila, braço, antebraço e mão.
- Higienize os membros inferiores na seguinte sequência: coxa, perna e pé.
- Ao lateralizar o paciente higienize o dorso e as nádegas.
- Higienize a região supra púbica e inguinal e proceda à higiene íntima que deve ser a última a ser realizada.

- Cubra o paciente com um lençol ao término de cada região higienizada, para evitar exposição.
- Troque as luvas de procedimento.
- Vire o paciente em decúbito lateral.
- Retire a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente.
- Realize limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha.
- Coloque um lençol limpo conforme técnica (o lençol deve ser estendido no sentido do paciente com um forro na região do quadril, estando enrolado e sendo esticado conforme for retirando o lençol sujo).
- Mude o decúbito do paciente.

BANHO NO LEITO

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Retire a outra metade do lençol e despreze no Hamper.
- Realize limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha.
- Finalize a troca do lençol, esticando as bordas de modo que não fiquem dobras sob o paciente e amarre suas pontas para não sair do lugar.
- Troque as luvas de procedimento.
- Hidrate a pele do paciente.
- Coloque a fralda/roupa íntima, camisola ou pijama.
- Deixe o paciente em posição confortável.
- Cubra o paciente com um lençol.
- Levante a grade da cama.
- Recolha o material e despreze no expurgo em lixo apropriado.
- Lave o material utilizado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque e anote o procedimento realizado.

OBSERVAÇÕES:

- O banho no leito deve ser feito por dois profissionais de enfermagem, sendo que em pacientes do sexo feminino, o procedimento deve ser sempre realizado com no mínimo um profissional do sexo feminino.
- Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das saliências ósseas, para a prevenção de lesão, registrar na anotação de Enfermagem e instituir medidas de prevenção.
- O banho no leito ao paciente crítico deve ser realizado preferencialmente pelo enfermeiro ou com a supervisão do mesmo.

- Toda vez que o profissional sair da beira do leito, eleve a grade de proteção.
- Sempre que necessário, despreze a água da bacia no expurgo, higienize bacia e troque as luvas de procedimento.
- Se o paciente for idoso, evitar fricção pois a pele é mais suscetível a lesão. Sempre que o paciente tiver condições estimular o autocuidado.
- No momento da higienização de mãos e pés aproveite para cuidar das unhas, cortando e lixando se necessário.
- Após o termino do banho no leito, realizar a limpeza concorrente do leito, mobiliários e equipamentos.
- Todos os curativos e fixações devem ser trocados conforme a prescrição de enfermagem imediatamente após o término do banho.

BANHO NO LEITO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Em caso de pacientes com lesões de pele extensas (ex: queimaduras, Stevens-Johnson ou impetigo bolhoso), o banho deve ser modificado, devendo usar material estéril (LAP), clorexidine degermante, frascos de 1000ml de água destilada ou SF0,9% morno e material para curativo oclusivo (compressa, gaze de rolo, e atadura e cobertura prescrita).
- Em banho pré-operatório deve ser utilizado clorexidine degermante 2%.

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe Médica;
- ✓ Equipe de Enfermagem;
- ✓ Fisioterapeuta.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	03/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	03/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	03/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	03/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	03/08/23
HIGIENE DA CAVIDADE ORAL EM PACIENTES ACAMADOS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

Higienização da cavidade oral de pacientes acamados, impossibilitados de realizarem o autocuidado.

2. Objetivos

- Proporcionar higiene da cavidade oral;
- Prevenir infecções endógenas e nosocomiais.

3. Material Utilizado

- EPI: (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção).
- Material de higiene pessoal: (escova de dente com cerdas macias, creme dental, antisséptico oral sem álcool (Gluconato de clorexidina 0,12%, protetor labial e toalha);
- Bandeja;
- Papel toalha,
- Copo descartável com água,
- Cuba rim e saco plástico para resíduos.

4. Procedimento

- Higienize as mãos;
- Reúna o material necessário em uma bandeja e leve ao quarto do paciente.
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Oriente o paciente/acompanhante sobre o procedimento.
- Promova a privacidade do paciente.
- Eleve a cabeceira do paciente (posição de Fowler).
- Coloque papel toalha sobre o tórax do paciente.
- Abaixar a grade lateral da cama do lado que você irá se posicionar.

- Higienize as mãos.
- Use os EPIs recomendados (luvas, máscara, avental e óculos).
- Inspeção a integridade dos lábios e cavidade oral.
- Coloque o creme dental na escova e umedeça-a com pouca água.
- Realize ou oriente a escovação dos dentes, gengiva e língua, com movimentos circulares e de cima para baixo.

HIGIENE DA CAVIDADE ORAL EM PACIENTES ACAMADOS

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 2ª	Revisão: 1ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Ofereça o copo com água para enxaguar a cavidade oral (bochecho) e a cuba rim para o paciente cuspir;
- Após a escovação e enxague, ofereça a solução oral antisséptica (caso esteja prescrito) e orientar o paciente a fazer bochecho e cuspir.
- Enxugue os lábios do paciente com toalha.
- Lubrifique os lábios do paciente com protetor labial indicado.
- Retire as luvas de procedimento e descarte-as junto com os materiais descartáveis em saco plástico para resíduos.
- Higienize as mãos.
- Levante a grade lateral da cama.
- Deixe o paciente em posição confortável.
- Mantenha o quarto organizado.
- Em pacientes com dificuldades de deglutição e/ou cuspir, promova a aspiração orofaríngea durante a realização da higiene oral.
- As próteses dentárias devem ser higienizadas com escova de dentes e creme dental e enxaguadas em água corrente.
- Calce as luvas de procedimento e recolha o material.
- Encaminhe ao expurgo e despreze os resíduos. Retire as luvas e descarte-as.
- Lave a bandeja e a cuba com água e sabão, seque com papel toalha e faça desinfecção com álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque o procedimento na prescrição de enfermagem e realize as anotações de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- Estimule, sempre que possível, que o próprio paciente realize sua higiene oral
- A higiene oral deve ser realizada no mínimo 3 (três) vezes ao dia (ou após as refeições).

- Pacientes com plaquetopenia e/ou em uso de anticoagulantes precisam ser submetidos à higiene oral cuidadosa, para evitar sangramentos.
- Na ausência de escova de dentes ou em pacientes desdentados, pode ser usado uma espátula com gazes.

HIGIENE DA CAVIDADE ORAL EM PACIENTES ACAMADOS

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Caso ocorra contraindicação no uso da prótese, a mesma deve ser acondicionada em uma caixa plástica apropriada para prótese (padronizada na instituição) e assim que possível deverá ser entregue aos familiares e realizar anotações de enfermagem sobre o procedimento, assim como, anotar o nome do familiar que recebeu a prótese.

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
HIGIENE ÍNTIMA DE PACIENTES ACAMADOS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

Higienização da região pubiana, genital, perianal e anal de pacientes acamados, impossibilitados de realizarem o autocuidado.

2. Objetivos

- Manter a integridade da pele;
- Proporcionar conforto e bem estar
- Diminuir o risco de infecções dermatológicas e nosocomiais.

3. Material Utilizado

- EPI: (luvas de procedimento, máscara e avental descartável).
- Bandeja,
- Carrinho de banho,
- Biombo,
- Comadre,
- Recipiente com água morna,
- Sabonete
- Papel higiênico,
- Lençol,
- Forro
- Compressa,
- Toalha
- Fralda

4. Procedimento

- Higienize as mãos.
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente.
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Explique o procedimento e sua finalidade ao paciente/acompanhante.
- Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto.
- Abaixe a grade da cama
- Higienize as mãos.
- Verifique a temperatura da água. (Teste na região medial do antebraço).

HIGIENE ÍNTIMA DE PACIENTES ACAMADOS			
Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Calce as luvas de procedimento, máscara e avental descartável.
- Auxilie ou retire a coberta, roupa íntima ou fralda.
- Coloque o paciente em posição dorsal com as pernas afastadas.
- Se houver presença de fezes, limpe com papel higiênico ou compressa úmida.
- Troque as luvas de procedimento.
- Coloque o forro na cama e a comadre sob o paciente.
 - **Se homem** higienize a região pubiana, pênis e o escroto utilizando compressa com água e sabão.
 - **Se mulher** higienize a região pubiana e vagina utilizando compressa com água e sabão.
- Higienize a região perineal e perianal utilizando compressa com água e sabão.
- Enxágue com água.
- Enxugue com uma toalha ou lençol limpo.
- Retire a comadre e o forro.
- Troque as luvas de procedimento.
- Coloque a fralda limpa ou roupa íntima.
- Coloque um lençol ou coberta sobre o paciente.
- Coloque paciente em posição confortável.
- Levante a grade da cama
- Recolha o material e despreze no expurgo em lixo apropriado.
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.
- Higienize as mãos.
- Cheque e anote o procedimento realizado.

OBSERVAÇÕES:

- A higiene íntima deve ser realizada de acordo com a prescrição de enfermagem e sempre após as eliminações, em pacientes acamados e com presença de lesão de pele.
- Na presença de lesões de pele, a higiene íntima deve ser realizada antes do curativo.

Na presença de lesões de pele infectada, a higiene íntima deve ser realizada com clorexidine degermante 2%, imediatamente antes do curativo.

HIGIENE ÍNTIMA DE PACIENTES ACAMADOS

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- O paciente poderá realizar sua higiene com orientação e supervisão do profissional caso não apresente alteração no autocuidado.
- Atente para o descarte do lixo: poderá variar de acordo com a condição do paciente. Ex: Paciente em isolamento, paciente com lesão de pele, paciente com pele íntegra (PGRSS).

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Aniane Inene de Sousa	<i>Aniane Inene de Sousa</i>	01/08/23
HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

Procedimento realizado para reduzir a infecção cruzada. Deve ser realizado por todos os profissionais da área hospitalar envolvidos direta ou indiretamente com a assistência aos pacientes.

2. Objetivos

- Remover os microrganismos que colonizam transitoriamente a pele, assim como o suor, a oleosidade, as células mortas e sujidades, retirando a sujidade propícia à permanência e a proliferação de microrganismos
- Diminuir o risco de infecções hospitalares
- Prevenir infecções cruzadas

3. Material Utilizado

- Pia de higiene das mãos,
- Sabão líquido comum,
- Papel toalha descartável,
- Container de resíduo

4. Procedimento

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios etc.).
- Arregace as mangas até altura do cotovelo.

- Faça a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos, executando os seguintes passos:
- Abra a torneira sem encostar-se na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo, sob a água corrente;
- Aplique o sabonete líquido na quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
- Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos;
- Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta com movimento de vai-e-vem (e vice-versa), segurando os dedos;

HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
- Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
- Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma a mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
- Enxágue bem as mãos e punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço. (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilize papel toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
- Seque as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.
- Descarte o papel toalha usado no container de resíduo adequado.
- Após contato com fluidos corpóreos, excretos, mucosas, feridas e curativos;
- Antes e após procedimentos assistenciais;

OBSERVAÇÕES:***Quando realizar higienização das mãos:***

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas;
- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto, roupa, fumar, etc.;
- Ao entrar e sair da unidade;

- Antes e após contato com paciente;
- Antes e após contato com superfícies, objetos e equipamentos próximos ao paciente;
- Antes e após o uso de luvas;
- Ao mudar de sítio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;
- Antes e após manipular dispositivos invasivos;
- Antes e após preparar e manipular medicamentos.

Orientações gerais:

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição da higienização das mãos; as mãos devem ser lavadas antes e após seu uso;

HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- O produto utilizado na lavagem das mãos deve ser de boa qualidade, não promovendo ressecamento ou rachadura da pele;
- A torneira deve possuir mecanismo de fechamento automático, sem contato manual;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados ou de urgência e emergência.

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe Multiprofissional.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

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

4. Procedimento

Durante a admissão devem ser anotados:

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

OBSERVAÇÕES:

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

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

Para diurese devem-se anotar os seguintes aspectos:

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

Para evacuação:

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

Para administração de medicamentos devem ser anotados os seguintes itens:

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	09/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

- Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária;
- Coleta de material para exames;
- Cateterismo vesical intermitente, administração de medicamentos via vesical

3. Material Utilizado

- Biombo,
- Bandeja,
- Luva estéril,
- Luva de procedimento,
- Gaze,
- Lidocaína gel 2%,
- Sonda uretral para adultos nº12 ou 14F,
- Kit cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça de Pean e gazes),
- Solução tópica de clorexidine,
- Solução degermante de clorexidine,
- Cálice graduado ou saco coletor graduado.

4. Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente.
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.

- Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Coloque a paciente em decúbito dorsal.
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidine degermante.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Retirar o material utilizado na higiene íntima.
- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas da paciente, deixando uma das pontas do campo próxima a região glútea, usando técnica estéril (campo estéril).
- Coloque a solução tópica de clorexidine nas gazes (dentro da cúpula).
- Abra o material descartável sobre o campo estéril (sonda e gazes).
- Coloque pomada anestésica sobre a gaze.
- Calce as luvas estéreis
- Faça a antisepsia da vulva, dos grandes lábios, pequenos lábios, orifício uretral e do orifício vaginal, com PVPI tópico, trocando a gaze em cada etapa.
- Lubrifique a sonda uretral com a pomada anestésica.
- Deixe a paciente confortável.
- Afaste os grandes lábios com os dedos indicador e polegar, para visualizar o orifício uretral.
- Introduza delicadamente a sonda no orifício uretral, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Colete todo o volume urinário drenado na cuba rim.
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda e seque a região com gaze.
- Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo auxiliar.
- Calce as luvas de procedimento
- Auxilie a paciente a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte em lixo infectante.
- Meça o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
- Despreze a urina
- Lave a bandeja e o cálice graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.

- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos.
- Cheque na prescrição médica, anote o procedimento registrando a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

OBSERVAÇÕES:

- Se houver resistência na introdução da sonda, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho da sonda uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral do paciente. As sondas mais utilizadas em adultos são: nº 12 ou 14.
- Deve-se capacitar o paciente/cuidador quando for realizar o procedimento em casa (cateterismo intermitente limpo- verificar com especialista do setor de urologia quanto a técnica para orientação).
- O anestésico para a lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.
- Em caso de retenção urinária, a drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).

5. Responsabilidade:

- Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

- Esvaziar a bexiga em casos de retenção urinária;
- Coleta de material para exames;
- Cateterismo vesical intermitente, administração de medicamentos via vesical

3. Material Utilizado

- Biombo,
- Bandeja,
- Luva estéril,
- Luva de procedimento,
- Gaze,
- Lidocaína gel 2%,
- Sonda uretral para adultos nº12 ou 14F,
- Kit cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça de Pean e gazes),
- Solução tópica de clorexidina,
- Solução degermante de clorexidina,

- Cálice graduado ou saco coletor graduado.

4. Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente.
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.
- Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
- Higienize as mãos.
- Calce as luvas de procedimento.
- Coloque o paciente em decúbito dorsal.
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidine degermante.
- Retirar o material utilizado na higiene íntima.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas do campo próxima a região glútea, usando técnica estéril (campo estéril).
- Coloque a solução tópica de clorexidine nas gazes (dentro da cúpula).
- Abra o material descartável sobre o campo estéril (sonda e gazes).
- Calce as luvas estéreis
- Coloque lubrificante anestésico (10 a 20mL) na seringa (com a ajuda de um colega para apertar o tubo).
- Faça a antisepsia do pênis, do meato uretral para a base do pênis, com solução tópica de clorexidine, trocando a gaze em cada etapa.
- Auxilie o paciente a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.
- Deixe o paciente confortável.
- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte em lixo infectante.
- Meça o volume urinário no cálice ou saco plástico graduado.
- Despreze a urina
- Lave a bandeja e o cálice graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%.
- Posicione o pênis do paciente perpendicularmente ao corpo.

- Injete lentamente o lubrificante anestésico no orifício uretral e aguarde de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel.
- Introduza delicadamente a sonda no orifício uretral, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Colete todo o volume urinário drenado na cuba rim.
- Ao término do fluxo urinário, retire delicadamente a sonda e seque a região com gaze.
- Retire as luvas estéreis e despreze o material descartável em saco de lixo auxiliar.
- Calce as luvas de procedimento
- Retire as luvas de procedimento
- Higienize as mãos.
- Cheque na prescrição médica, anote o procedimento registrando a hora, o volume, o aspecto e a coloração da urina.

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO MASCULINO

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 3	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

OBSERVAÇÕES:

- Se houver resistência na introdução da sonda, interrompa o procedimento e comunique ao médico para conduta.
- O tamanho da sonda uretral deve ser avaliado conforme o meato uretral do paciente. As sondas mais utilizadas em adultos são: nº 12 ou 14.
- Deve-se capacitar o paciente/cuidador quando for realizar o procedimento em casa (cateterismo intermitente limpo- verificar com especialista do setor de urologia quanto a técnica para orientação).
- O anestésico para a lubrificação da sonda deve ser estéril e de uso único.
- Em caso de retenção urinária, a drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).
- Antes da passagem, pergunte sobre os antecedentes urológicos como doenças da próstata, traumas uretrais, uretrite, cirurgia prévia, sondagem anterior, etc.

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Biombo;
- Bandeja;
- Material para higiene íntima com clorexidine degermante;
- Material para cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Pean, gazes);
- Solução tópica de clorexidine;
- Seringa de 20 ml;
- Sonda de Foley (numeração pode variar de 12 à 24F).
- Coletor sistema fechado,
- Luva estéril
- Lidocaína Gel 2%
- Ampola de água destilada

- Adesivo hipoalergênico

4. Procedimento

- Confirme a paciente e o procedimento a ser realizado.
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente.
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante.
- Posicione o biombo e feche a porta do quarto.
- Higienize as mãos.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Calce as luvas de procedimento.
- Coloque a paciente em decúbito dorsal.
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidine degermante.
- Retirar o material utilizado na higiene íntima.
- Retire as luvas e higienize as mãos.
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas da paciente, deixando uma das pontas do campo próxima a região glútea, usando técnica estéril (campo estéril).
- Coloque a solução tópica de clorexidine nas gazes (dentro da cúpula).
- Abra o material descartável sobre o campo estéril (sonda e gazes).
- Coloque pomada anestésica sobre a gaze;
Calce as luvas estéreis;
- Aspire a água destilada na seringa (com auxílio de um colega para segurar a ampola);
- Teste o cuff e a válvula da sonda instilando a água destilada;
- Conecte a sonda no coletor de urina sistema fechado, feche o clamp de drenagem que fica no final da bolsa e certifique-se que o clamp do circuito próximo da sonda esteja aberto;
- Faça a antisepsia da vulva com auxílio de uma pinça Pean e gazes estéreis embebidas em solução tópica de clorexidine;
- Separe os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante, expondo o vestibulo da vagina. Ter cuidado com o meato uretral durante a antisepsia, trocando a gaze a cada etapa;
- Lubrifique a sonda com anestésico com auxílio de uma gaze estéril como apoio;
- Introduza, delicadamente, a sonda no orifício uretral, prosseguindo entre 5 a 7 cm e verifique a drenagem de urina;

- Insufle o cuff da sonda com 5 a 10 ml de água destilada e tracione delicadamente;
- Posicione a sonda sobre a região medial da coxa ou supra púbica e fixe a sonda com adesivo hipoalergênico;
- Prenda o coletor na parte inferior da cama em suporte apropriado;
- Retire as luvas.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Higienize as mãos
- Identifique a bolsa coletora com data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento
- Auxilie o paciente a vestir-se e/ou coloque a fralda descartável
- Deixe o paciente confortável
- Calce luvas de procedimento
- Recolha todo o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte os resíduos nos locais adequados;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%
- Retire as luvas e descarte no lixo infectante
- Higienize as mãos.
- Cheque as prescrições (médicas e de enfermagem) realize as anotações no prontuário do paciente.

OBSERVAÇÕES:

- Na dificuldade da visualização da uretra interrompa o procedimento e comunique ao médico para tomada de conduta;
- Se ao invés de introduzir a sonda no meato uretral, introduzir a sonda no canal vaginal retire a sonda e utilize outra sonda estéril;
- O tamanho da sonda deve ser avaliado conforme o meato uretral da paciente e objetivo da passagem. A sonda mais utilizados em mulheres são: nº 12, 14 e 16F, mas pode variar de acordo com a indicação.
- Para retirar a sonda de demora deve-se desinsuflar o cuff.
- O balão tem uma capacidade máxima que está escrita no cateter em ml.

- Em paciente com sonda vesical de demora fazer cuidadosa higiene do meato uretral com água e sabão neutro uma vez ao dia e/ou sempre que necessário.
- Após a retirada da sonda deve ser observada a primeira micção espontânea.
- Em pacientes que fazem uso prolongado da SVD, não há um intervalo ideal preconizado para a troca (porém é recomendado entorno de 30 dias)
- Em caso de uso breve é recomendado a sua retirada o mais breve possível
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total.
- Em caso de irrigação ou para controle da pressão intra-abdominal (PIA), deve-se optar pela sonda de 3 vias.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- A passagem da sonda de 3 vias é feita com a mesma técnica, incluindo o material para irrigação (de acordo com a prescrição médica)
- Deve-se capacitar paciente/cuidador quando for utilizar a SVD em domicílio
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível de inserção da sonda, evitando refluxo intravesical de urina
- Quando for necessário elevar a bolsa acima do nível da bexiga, clampear o sistema de drenagem
- Manter o sistema pérvio, evitando dobras ou tensões no tubo extensor e garantir que o clamp de drenagem esteja sempre aberto
- Em caso de retenção urinária, a drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo)

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO			
Cód. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

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

3. Material Utilizado

- Biombo;
- Bandeja;
- Material para higiene íntima com clorexidine degermante;
- Material para cateterismo vesical (cuba rim, cúpula, pinça Pean, gazes);
- Solução tópica de clorexidine;
- Seringa de 20 ml.
- Sonda de Foley (numeração pode variar de 12 à 24F)
- Coletor sistema fechado,
- Luva estéril

- Lidocaína Gel 2%
- Ampola de água destilada
- Adesivo hipoalergênico.

4. Procedimento

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Reúna o material e leve ao quarto do paciente;
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Posicione o biombo e feche a porta do quarto;
- Higienize as mãos;

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

Cód. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Calce as luvas de procedimento;
- Coloque o paciente em decúbito dorsal;
- Realize a higiene íntima com solução de clorexidine degermante;
- Retirar o material utilizado na higiene íntima;
- Retire as luvas e higienize as mãos;
- Abra o kit de cateterismo sobre a cama, entre as pernas do paciente, deixando uma das pontas do campo próxima a região glútea, usando técnica estéril (campo estéril).
- Coloque a solução tópica de clorexidine nas gazes (dentro da cúpula).
- Abra o material descartável sobre o campo estéril (sonda e gazes).
- Coloque pomada anestésica sobre a gaze.
- Calce as luvas estéreis
- Aspire a água destilada na seringa (com auxílio de um colega para segurar a ampola)
- Teste o cuff e a válvula da sonda instilando a água destilada.
- Conecte a sonda no coletor de urina sistema fechado, feche o clamp de drenagem que fica no final da bolsa e certifique-se que o clamp do circuito próximo da sonda esteja aberto.
- Faça a antisepsia do pênis, do meato uretral para a base do pênis, com solução tópica de clorexidine, trocando a gaze em cada etapa.
- Posicione o pênis do paciente perpendicularmente ao corpo.

- Injete lentamente o lubrificante anestésico no orifício uretral e aguarde de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do gel.
- Introduza delicadamente a sonda no orifício uretral, prosseguindo até a drenagem de urina.
- Insufle o cuff da sonda com 5 a 10 ml de água destilada e tracione delicadamente.
- Posicione a sonda sobre a região medial da coxa ou supra púbica e fixe a sonda com adesivo hipoalergênico
- Prenda o coletor na parte inferior da cama em suporte apropriado
- Retire as luvas.
- Higienize as mãos
- Identifique a bolsa coletora com data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento.
- Auxilie o paciente a vestir-se e/ou coloque a fralda descartável
- Deixe o paciente confortável

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

Cód. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Calce luvas de procedimento
- Recolha todo o material do quarto, mantendo a unidade organizada
- Encaminhe o material para o expurgo e descarte os resíduos nos locais adequados;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool à 70%
- Retire as luvas e descarte no lixo infectante
- Higienize as mãos.
- Cheque as prescrições (médicas e de enfermagem) realize as anotações no prontuário do paciente

OBSERVAÇÕES:

- Para retirar a sonda de demora deve-se desinsuflar o cuff.
- O balão tem uma capacidade máxima que está escrita no cateter em ml.
- Em paciente com sonda vesical de demora fazer cuidadosa higiene do meato uretral com água e sabão neutro uma vez ao dia e/ou sempre que necessário.
- Após a retirada da sonda deve ser observada a primeira micção espontânea.
- Em pacientes que fazem uso prolongado da SVD, não há um intervalo ideal preconizado para a troca (porém é recomendado entorno de 30 dias)
- Em caso de uso breve é recomendado a sua retirada o mais breve possível
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total.
- Em caso de irrigação ou para controle da pressão intra-abdominal (PIA), deve-se optar pela sonda de 3 vias.
- A passagem da sonda de 3 vias é feita com a mesma técnica, incluindo o material para irrigação (de acordo com a prescrição médica)
- Deve-se capacitar paciente/cuidador quando for utilizar a SVD em domicílio
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível de inserção da sonda, evitando refluxo intravesical de urina
- Quando for necessário elevar a bolsa acima do nível da bexiga, clampar o sistema de drenagem
- Manter o sistema pérvio, evitando dobras ou tensões no tubo extensor e garantir que o clamp de drenagem esteja sempre aberto
-

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

Cód. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 4	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Em caso de retenção urinária, a drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex. vácuo)

5. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

	Nome:	Assinatura	Data
Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da C. Oliveira</i>	01/08/23
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>	01/08/23
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>	01/08/23
Aprovado por:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa e Silva</i>	01/08/23
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>	01/08/23
SINAIS VITAIS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 1 de 6	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

1. Definição

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

2. Objetivos

- Averigua os parâmetros vitais;
- Detectar anormalidades nos parâmetros vitais;

❖ PRESSÃO ARTERIAL

1. Definição

É a força exercida pelo sangue contra a parede de um vaso. A medida da pressão arterial compreende a verificação sistólica e diastólica. Os parâmetros normais são 120/80mmhg.

2. Objetivo

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

3. Material utilizado

- Prontuário
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Algodão
- Álcool a 70%
- Caneta

4. Procedimento

- Lavar as mãos;

SINAIS VITAIS			
Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 2 de 6	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente;
- Certificar-se da identidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em posição confortável;
- Fazer a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;

5. Responsabilidade

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

❖ PULSO

1. Definição

É uma onda de expansão e contração das artérias, resultante dos batimentos cardíacos. Na palpação do pulso, verifica-se a frequência, ritmo e tensão. O número de pulsações normais de um adulto de 60 à 100 batimentos por minuto.

2. Objetivo

- Verificar a frequência cardíaca. Detectar possíveis alterações cardíacas e auxiliar na terapêutica

3. Material Utilizado

- Bandeja;

- Algodão embebido em álcool;
- Estetoscópio;
- Caneta;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Formulário de anotações;

4. Procedimento

- Lavar as mãos;
- Conferir a prescrição médica;
- Reunir o material e encaminhar-se ao leito do paciente.

SINAIS VITAIS

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 3 de 6	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

- Certificar-se da identidade do paciente;
- Explicar o procedimento e deixar o paciente confortável.

❖ PULSAÇÃO RADIAL

- Se o paciente estiver em decúbito dorsal colocar o braço do paciente estendido paralelo ao corpo com a palma da mão voltada para baixo. Se o paciente estiver sentado dobrar o cotovelo formando um ângulo de 90° apoiando o antebraço sobre o abdome do paciente com a palma da mão voltada para baixo.
- O examinador deve colocar as pontas dos dedos médio e anular sobre o sulco ao longo da área radial (preferencialmente próximo ao punho do paciente).
- Comprimir os dedos levemente contra o rádio, inicialmente bloqueando o pulso e então relaxar a pressão de modo que o pulso se torne facilmente palpável;
- Ao sentir o pulso, utilizar o relógio com ponteiro de segundos e começar a contar;
 - Se o pulso for regular contar por 15 segundos e multiplicar por 4
 - Se o pulso for irregular contar por um minuto completo
- Observar e anotar características do pulso (Cheio, Fino, Filiforme, bradisfigmia, taquisfigmia);

❖ PULSAÇÃO APICAL

- Realizar a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio
- Colocar o diafragma do estetoscópio no tórax do paciente na altura do 4º espaço intercostal esquerdo.

- Uma vez feito ausculta utilizar relógio com ponteiro de segundos para contar durante 60 segundos os batimentos cardíacos;
 - Se a pulsação for regular contar por 30 segundos e multiplicar por 02
 - Se a frequência cardíaca for irregular contar por 60 segundos.
- Deixar o paciente confortável no leito e a unidade organizada
- Realizar limpeza e desinfecção dos materiais utilizados
- Guardar o material em local apropriado
- Lavar as Mãos
- Realizar a anotações dos achados e comunicar imediatamente enfermeiro ou ao médico caso seja encontrada alterações.
- Realizar a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio após o procedimento;

SINAIS VITAIS

Cod. GENf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 4 de 6	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

❖ Aferição de Temperatura Axilar**1. Definição:**

É a mensuração e o registro da temperatura axilar.

2. Objetivos:

- Determinar a temperatura axilar do paciente;
 - Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;
 - Corroborar no diagnóstico médico e no diagnóstico de enfermagem.
3. Profissionais envolvidos: Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4. Indicações da verificação da temperatura axilar:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da temperatura do paciente.

5. Material necessário:

- Termômetro de mercúrio,
- Bandeja,
- Algodão,
- Álcool a 70%,
- Caneta e papel.

6. Descrição do Procedimento:

- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;

- Realizar a higienização das mãos. Ref. POP 01/12 DEN- Coordenação de Educação Permanente - Higienização das Mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido com álcool a 70%;
- Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça;
- Se necessário, enxugar a axila do paciente;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente (comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
- Retirar o termômetro após 3 minutos e realizar a leitura;

SINAIS VITAIS**Cod. GEnf.00****Validade: 02 anos****Edição: 3ª****Revisão: 2ª****Pág. 5 de 6****Data de Emissão: 01/08/23****Implantação: 2023**

- Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35°C);
- Realizar a desinfecção do termômetro friccionando-o 3 vezes com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Recolher o material.

❖ AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**1. Definição:**

- É a mensuração do número de incursões respiratórias em um minuto (IRPM).

2. Objetivos:

- Verificar alteração na frequência respiratória;
- Monitor a frequência respiratória do paciente com comprometimento das vias aéreas superiores e inferiores.

3. Profissionais envolvidos:

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

4. Necessidade da aferição da frequência respiratória:

- Em atendimento à prescrição médica;
- Em atendimento à prescrição de enfermagem;
- Em suspeita de alteração da frequência respiratória do paciente.

5. Material necessário:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos.

6. Descrição do Procedimento:

- Realizar a higienização das mãos.
- Posicionar o paciente de forma confortável.

7. Nomenclatura e valores de referência:

- **Adultos:** 12 a 22 irpm – Eupneico >22 irpm - Taquipneico < 12 irpm – Bradipneico;
- **Crianças:** 20 a 25 irpm;
- **RN:** 30 a 60 irpm.

SINAIS VITAIS

Cod. GEnf.00	Validade: 02 anos	Edição: 3ª	Revisão: 2ª
Pág. 6 de 6	Data de Emissão: 01/08/23	Implantação: 2023	

8. Responsabilidade:

- ✓ Equipe de Enfermagem.

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Procedimento Operacional Padrão da Enfermagem – POP foi elaborado com base nas atuais normativas legais de âmbito nacional.

Tendo sido apreciado e aprovado pela equipe local, o mesmo passa a vigorar na presente data deste, para suprir seus efeitos a categoria elegeu dois representantes para assinarem o presente termo juntamente com os gestores.

O documento na íntegra será remetido ao CMS para ciência e homologação.

Salitre 12 de setembro de 2023

Elaborado e Digitado por:	José Marcos da Costa Oliveira	<i>José Marcos da Costa Oliveira</i>
Revisado por:	Cicera Lima de Alencar	<i>Cicera Lima de Alencar</i>
	Jayne Paiva Nascimento	<i>Jayne Paiva Nascimento</i>
Aprovado por representação da enfermagem:	Rosa Maria Costa e Silva	<i>Rosa Maria Costa Silva</i>
	Ariane Irene de Sousa	<i>Ariane Irene de Sousa</i>
Secretária Municipal de Saúde	Georgia de Souza Pereira	<i>Georgia de Souza Pereira</i>