	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 1/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

1. OBJETIVO

Disseminar e uniformizar o uso das melhores práticas assistenciais de enfermagem na instituição.

2. RESPONSABILIDADES

2.1. ENFERMEIRO

Realizar assistência de enfermagem privativa de sua função ao paciente em atendimento no hospital seja no âmbito ambulatorial ou internado.

2.2. TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Realizar assistência ao paciente sob supervisão do enfermeiro, em atendimento do paciente internado no hospital e no âmbito ambulatorial.

2.3 LIDERANÇAS DE ENFERMAGEM

Elaborar o procedimento de práticas assistências de enfermagem e realizar sua revisão de acordo com as normativas/pareceres definidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.


3. ABRANGÊNCIA

Institucional.

4. PROCEDIMENTOS

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, “enfermagem é a ciência da arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente de assistência através da educação; de recuperar, manter e promover saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais”. A equipe de enfermagem do Hospital Porto Dias (HPD) é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com registro no COREN/ PA e exercem suas funções

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 2/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

conforme a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 do exercício de enfermagem. O código de ética profissional de enfermagem destaca no artigo 12: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. No artigo 18 quando relata que o profissional de enfermagem deve: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentes de ter sido praticada individualmente ou em equipe. ”


O processo de enfermagem, bem como a definição de técnicas para a execução de procedimentos de enfermagem foram estabelecidos para assegurar a melhor assistência ao paciente, de forma a atender suas necessidades individuais.

A equipe de enfermagem deve paramentar-se com os equipamentos de proteção individual (EPI's) sempre que realizarem procedimentos nos pacientes, conforme abaixo:

- Gorro: protege contra partículas que possam contaminar os profissionais e contaminação com a queda de cabelos ou outros componentes em materiais do trabalho;
- Máscara cirúrgica descartável: protege o profissional de contaminação em casos de risco biológico e contaminação respiratória;
- Óculos: protege o profissional de contaminação em casos de risco biológico;
- Avental descartável (capote descartável): protege o profissional contra partículas que possam causar contaminação;
- Luva de procedimento: protege o profissional contra riscos biológicos e químicos.

4.1 SINAIS VITAIS

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 3/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

Sinais vitais (SSVV) são dados que permitem avaliar as condições do organismo, auxiliando no diagnóstico de doenças e definição de tratamento. Os sinais vitais são: temperatura (T), frequência cardíaca (FC), pressão arterial sistêmica (PA), frequência respiratória (FR) e dor. A aferição dos SSVV tem como objetivo monitorar os parâmetros vitais do paciente que podem gerar alerta precoce para deterioração clínica, auxiliando a equipe de saúde para a conduta mais assertiva.

O registro dos sinais vitais deverá ser realizado com periodicidade definida na sistematização da assistência ao paciente (SAP) ou conforme rotina do setor. Na sala de graves, hemodinâmica e unidade de terapia intensiva (UTI), os pacientes permanecem monitorizados devendo o auxiliar/técnico de enfermagem registrar os SSVV a cada 2 (duas) horas no prontuário eletrônico do paciente, na sala de transição da Unidade de emergência a aferição de sinais vitais deve ser realizada a cada 3 horas até a transferência do paciente, na triagem a aferição é realizada na chegada do paciente; nas salas de recuperação pós-anestésica e pós-sedação o paciente permanece monitorizado e durante o intraoperatório, o registro de sinais vitais é realizado pela equipe de anestesia, na sala de recuperação anestésica é realizado pelo técnico de enfermagem que registra os SSVV no prontuário eletrônico a cada 15 minutos na primeira hora após procedimento e a cada 30 minutos, a partir da segunda hora até sua alta da sala de recuperação, pacientes em critério de UTI aguardando leito na unidade de internação devem ter os SSVV verificados a cada hora, horários padronizados para aferição de sinais vitais nas unidades assistenciais:

- 6/6horas – 10h,16h, 22h, 06h;
- 4/4 horas – 10h,14h,18h, 22h, 06h;
- 2/2 horas - Em horários pares;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 4/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- 1/1 Hora.

Portanto, os SSVV têm como objetivo garantir segurança do cliente e reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência.

4.1.1 Etapas do Procedimento de Aferição de Sinais Vitais


- Enfermeiro: Deve assegurar a aferição correta dos sinais vitais e nos tempos preconizados em SAP e/ ou conforme MEWS/ PEWS do paciente.
- Avaliar o paciente e correlacionar os sinais vitais com o quadro clínico do paciente;
- Avaliar indicação de abertura de protocolo de sepse;
- Acionar o médico, quando necessário;
- Supervisionar a aferição dos sinais vitais e monitorar pelo relatório CATE 333.
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem: deve comunicar ao enfermeiro qualquer alteração MEWS/ PEWS.
- Verificação de SSVV com Monitor Digital:
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%
- Separar o material: monitor de aferição de SSVV, relógio, sachê de álcool a 70%, equipamento de proteção individual (EPI), se necessário;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Confirmar nome completo e data de nascimento do paciente e uso da pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 5/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Higienizar o material de aferição com sachê de álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Bipar o código de barras da pulseira do paciente no monitor de aferição de SSVV;
- Posicionar o paciente;
- Posicionar o termômetro na região axilar do paciente;
- Colocar o oxímetro no dedo indicador da mão do paciente;
- Observar os movimentos respiratórios durante 60 segundos contados no relógio e registrar no monitor de SSVV;
- Registrar no monitor de SSVV a FR;
- Colocar o manguito no braço do paciente e posicionar o braço na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;
- Acionar o botão para aferir a PA;
- Retirar o manguito após término da aferição da PA;
- Mostrar a régua da escala visual analógica (EVA) de dor para o paciente indicar qual o nível de dor;
- Registrar no monitor de SSVV a FR;
- Retirar o termômetro da região axilar após término da aferição da temperatura;
- Realizar a escala de MEWS/ PEWS;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 6/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar as mãos.
- Verificação de SSVV com Aparelho de Pressão Manual:
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Separar o material: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, relógio, sachê de álcool a 70%, equipamento de proteção individual (EPI), se necessário;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Confirmar nome completo e data de nascimento do paciente e uso da pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Higienizar o material de aferição com sachê de álcool a 70%;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente;
- Posicionar o termômetro na região axilar do paciente;
- Palpar a artéria radial, braquial, carótida ou femoral com leve pressão e contar os batimentos durante 60 segundos e anotar;
- Observar os movimentos respiratórios durante 60 segundos contados no relógio e anotar;
- Colocar o manguito no braço do paciente e posicionar o braço na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 7/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Palpar a artéria braquial com leve pressão e colocar a campânula do estetoscópio e segurar no local;
- Insuflar o esfigmomanômetro até auscultar uma batida;
- Soltar a válvula devagar;
- Auscultar com atenção visualizando o manômetro para identificar a PAS (pressão arterial sistólica e a PAD (pressão arterial diastólica);
- Retirar o esfigmomanômetro após término da aferição da PA e anotar;
- Mostrar a régua da escala visual analógica (EVA) de dor para o paciente indicar qual o nível de dor;
- Retirar o termômetro da região axilar após término da aferição da temperatura e anotar;
- Higienizar as mãos;
- Registrar os SSVV no prontuário eletrônico do paciente;
- Registrar as 5 (cinco) dimensões da dor devem no prontuário eletrônico do paciente;
- Realizar a escala de MEWS/ PEWS;
- Comunicar ao enfermeiro se houver alterações nos SSVV/ MEWS/ PEWS;

Verificação de SSVV com Monitor Multiparâmetros:

- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Separar o material: equipamento de proteção individual (EPI), se necessário;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 8/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Confirmar nome completo e data de nascimento do paciente e uso da pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Certificar-se do funcionamento correto do monitor;
- Checar se todos os eletrodos estão bem-posicionados, termômetro, oxímetro e manguito;
- Acionar o botão para aferir a PA;
- Mostrar a régua da escala visual analógica (EVA) de dor para o paciente indicar qual o nível de dor para pacientes conscientes e aplicar a escala behavioral pain scale (BPS) para pacientes que não se comunicam verbalmente;
- Nas unidades pediátricas deve ser aplicada as escalas NIPS para pacientes até 28 dias e FLACC acima de 28 dias até 12 anos, 11 meses e 29 dias;
- Reavaliar dos 1/1 hora até que paciente não tenha dor;
- Registrar no prontuário eletrônico do paciente os sinais vitais e a avaliação da dor com a escala BPS e/ ou as 5 (cinco) dimensões da dor, quando houver;
- Higienizar as mãos.

4.2 HIGIENE DO PACIENTE

O paciente hospitalizado possui necessidades que se caracterizam por estados de desequilíbrio consciente e inconsciente que interferem nas atividades diárias básicas de vida. A higiene do paciente é de extrema importância para o seu bem-estar e controle de infecções. Nesse contexto, a enfermagem tem papel fundamental para restabelecer o equilíbrio incentivando, auxiliando e executando tarefas que

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 9/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

assegurem a dignidade do ser humano, prestando cuidados de higiene e conforto, a fim de garantir a necessidade humana básica do ser humano e dignidade do paciente.


4.2.1 Banho no leito

O auxiliar/técnico de enfermagem deve reunir todos os materiais necessários para realizar o procedimento:

- Compressa descartável;
- 01 ampola de 10 ml de Soro fisiológico a 0,9%;
- Lenços descartáveis;
- Bacia/ balde com água morna;
- Material de higiene do paciente (sabonete, shampoo, condicionador, cremes, escova de cabelo, escova de dentes, enxaguante bucal, pasta de dentes etc.);
- Fralda descartável (s/ n);
- Espátula com antisséptico bucal (se indicado);
- Lençóis, toalhas e coxins (s/n);
- Saco azul;
- Batinha;
- Nastro (s/n);
- Aparelho de barbear;
- Almotolia com álcool a 70%;

Procedimento Enfermeiro:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 10/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Prescrever na SAP os cuidados de higiene corporal, após avaliação prévia das condições clínicas;
- A SAP deve ser realizada diariamente respeitando as individualidades de cada paciente;
- Supervisionar a execução do procedimento.

Procedimento Auxiliar/Técnico de Enfermagem:


- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Preparar o material a ser utilizado;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Confirmar nome completo e data de nascimento do paciente e uso da pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Confirmar se a dieta enteral está pausada, quando houver;
- Não abaixar o decúbito em pacientes com sonda nasoenteral (SNE);
- Solicitar ao paciente/ acompanhante os itens de higiene pessoal;
- Promover privacidade do paciente;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Abaixar as grades da cama;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 11/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar couro cabeludo e cabelo, enxaguar com água, secar com a toalha e desembaraçar os fios de cabelo;
- Se paciente do gênero masculino, avaliar necessidade de tricotomia facial;
- Realizar higiene ocular com gaze umedecida com SF 0,9%;
- Lavar rosto, orelha e pescoço com água e sabonete, enxaguar com água e secar com a toalha;
- Auxiliar ou realizar a higiene bucal;
- Trocar as fixações de SNE, tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia, quando houver;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Soltar lençol do colchão;
- Retirar roupas e fralda do paciente;
- Realizar higiene corporal em cada parte do corpo com água morna e sabonete, enxaguar e secar (ordem: tórax, abdome, membros superiores e membros inferiores);
- Lateralizar o paciente, higienizar dorso e glúteos, região supra púbica e inguinal e proceder a higiene íntima (que deve ser a última a ser realizada);
- Cobrir o paciente com lençol ao término de cada região higienizada, para assegurar a privacidade;
- Trocar luvas de procedimento;
- Virar paciente em decúbito lateral, retirando a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 12/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Realizar limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha;
- Colocar lençol limpo, estender no sentido do paciente com lençol móvel na região do quadril. Os lençóis devem estar enrolados e ser desenrolados à medida que o sujo for retirado);
- Trocar o decúbito lateral do paciente e retirar a outra metade do lençol sujo;
- Realizar limpeza do colchão com álcool a 70% e papel toalha;
- Finalizar a troca do lençol;
- Hidratar a pele do paciente com creme à base de água;
- Colocar a fralda/ roupa íntima e bata/ pijama;
- Deixar o paciente em posição confortável, utilizar coxins para posicionar adequadamente no decúbito indicado para promover a prevenção de lesão por pressão;
- Cobrir paciente com lençol;
- Elevar grades da cama;
- Recolher material e alocar no expurgo;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar na anotação de enfermagem;
- Checar a SAP, assinar e carimbar.

4.2.2 Banho no chuveiro em pacientes semi-acamados

O auxiliar/técnico de enfermagem deve reunir todos os materiais necessários para realizar o procedimento:

- Compressa descartável;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 13/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- 01 ampola de 10 ml de Soro fisiológico a 0,9%;
- Lenços descartáveis;
- Cadeira higiênica;
- Material de higiene do paciente (sabonete, shampoo, condicionador, cremes, escova de cabelo, escova de dentes, enxaguante bucal, pasta de dentes etc.);
- Fralda descartável (s/ n);
- Espátula com antisséptico bucal (se indicado);
- Saco azul;
- Batinha;
- Nastro (s/n);
- Aparelho de barbear;
- Almotolia com álcool a 70%

Etapas do procedimento auxiliar/técnico de enfermagem:

- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Preparar o material a ser utilizado;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- Confirmar nome completo e data de nascimento do paciente e uso da pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 14/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Promover privacidade do paciente;
- Higienizar as mãos com água e sabão e/ ou álcool gel a 70%;
- Proteger incisões cirúrgicas com filme de PVC e fita microporosa;
- Auxiliar o paciente a retirar a roupa;
- Auxiliar paciente a sentar na cadeira higiênica;
- Encaminhar paciente ao banheiro;
- Auxiliar e/ ou realizar o paciente o banho no chuveiro;
- Ao término, auxiliar paciente a se enxugar, vestir e se posicionar no leito ou poltrona;
- Trocar as fixações de SNE, tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia, quando houver;
- Elevar grades da cama, se paciente retornar ao leito;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar na anotação de enfermagem;
- Checar a SAP, assinar e carimbar.

4.2.3 Higiene Íntima

A higiene íntima consiste na limpeza e manutenção da saúde das áreas íntimas da mulher e do homem. A higiene íntima é importante para evitar odores desagradáveis e infecções. O auxiliar/técnico de enfermagem deve separar o material necessário:

- Lenços descartáveis;
- Bacia/ balde;
- Material de higiene do paciente (sabonete);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 15/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fralda descartável (s/ n);
- Saco azul (s/ n);
- Batinha (s/ n);
- Almotolia com álcool a 70%.

Etapas do Procedimento técnico de Enfermagem:

- Reunir todo o material, paramentar-se, explicar ao paciente o procedimento que será realizado e higienizar as mãos com água e sabonete conforme técnica preconizada;
- Solicitar ao paciente/ acompanhante materiais de higiene pessoal;
- Promover privacidade do paciente e utilizar biombo, quando houver necessidade;
- Higienizar as mãos;
- Abaixar as grades da cama;
- Auxiliar ou retirar cobertor, roupa íntima e/ ou fralda;
- Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas afastadas, mantendo elevação da cabeceira de 30° à 45°;
- Se houver presença de fezes, umedecer o lenço com água morna para realizar a remoção da sujidade;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Higienizar região pubiana e órgão genital (pênis e bolsa escrotal ou vagina) utilizando lenço umedecido com água morna e sabão;
- Enxaguar com água morna;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 16/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Enxugar com toalha ou lenço limpo sem friccionar;
- Promover troca de lençóis sujos, quando houver;
- Colocar fralda ou roupa íntima;
- Cobrir paciente com lençol ou cobertor;
- Deixar paciente em posição confortável, observando decúbito indicado para o horário, conforme protocolo de prevenção de lesão por pressão;
- Checar SAP, assinar e carimbar;
- Registrar em prontuário o procedimento realizado.


4.2.4 Higiene bucal no âmbito hospitalar

A higiene bucal em paciente hospitalizado é o principal meio de controle do biofilme bucal, que é o agente responsável pelo início e desenvolvimento das principais doenças da cavidade oral, e a sua desconstrução é de fundamental importância para a prevenção e o controle dessas doenças. A desconstrução e controle de biofilme oral são realizados principalmente pela remoção mecânica, no entanto, somente a utilização desse método é insuficiente para uma perfeita higienização, tendo as substâncias químicas como coadjuvante nesse processo.

O cuidado oral está inserido no conceito da higiene intervencionista. Ele é executado sob protocolos baseados em evidências, ajudando na prevenção, principalmente das pneumonias adquiridas em ambiente hospitalar, colaborando por garantir a integridade do paciente.

Na busca de medidas hospitalares preventivas para a redução da incidência das pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV), surgiram os “bundle” representados por um conjunto de intervenções protetivas ao paciente, dentre as quais a higiene bucal tem a sua representatividade. Logo, os cuidados bucais têm

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 17/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


como objetivo a remoção dos resíduos alimentares, desconstrução do biofilme bucal, prevenção de infecções de origem bucal como gengivites e periodontites e prevenção no controle de infecções à distância, como a PAV que pode ser resultado da colonização do biofilme aderido aos dentes e demais tecidos da cavidade bucal.

Há evidências da necessidade de instituição de um programa abrangente de higiene bucal, aos pacientes de cuidado imediato (totalmente dependentes de cuidados) ou pacientes internados em longo prazo em que envolva a limpeza de orofaringe e descontaminação bucal com um agente antisséptico como a clorexidina 0,12%, sendo eficaz na redução do desenvolvimento de pneumonia em adultos em terapia intensiva.

A utilização de gluconato de clorexidina 0,12% é preconizada para limpeza bucal, durante o período pré-operatório em pacientes adultos com previsão de intubação orotraqueal. Porém, o uso de clorexidina não afeta os resultados centrados no paciente como duração média da ventilação mecânica ou tempo de permanência na terapia intensiva. A atenção odontológica na supervisão dos cuidados bucais dos pacientes hospitalizados impacta significativamente na redução da colonização pulmonar por patógenos orais e prevalência de pneumonias nosocomiais, considerando os riscos bacterianos oriundos da boca.

Baseando-se na literatura que nos fundamenta para uma atuação preventiva às infecções nosocomiais e agravos à saúde através do controle mecânico e químico da microbiota oral dos pacientes internados e incapacitados de realizá-lo sozinhos, buscou-se instituir diretrizes, preconizando a associação de condutas (mecânica e química) por se mostrarem mais efetivas, ou seja, a ação de remoção mecânica utilizando o uso correto do fio dental e limpadores de língua serão eficazes quando realizado em conjunto ao protocolo de descontaminação química já referenciada. A higiene bucal (HB) deverá ser realizada 2x/ dia. Esta recomendação está

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 18/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

relacionada à clorexidina 0,12%, cujo efeito bacteriostático é de 12 horas, porém pode ser necessária individualização das rotinas, conforme avaliação do cirurgião-dentista responsável ou do médico assistente na ausência deste profissional.

A HB quando recomendada nos intervalos ao uso da clorexidina, deverá ser realizada com água destilada, filtrada ou antisséptico sem álcool seguindo a técnica preconizada. Em casos de pacientes em infusão de dieta por sonda nasoenteral, a bomba deverá ser pausada antes do procedimento.

Pacientes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), realizar remoção do biofilme oral, do tubo orotraqueal com gaze umedecida em solução de clorexidina 0,12% e aspirar secreções de cavidade bucal e orofaringe, observando antes a adequada pressão do cuff. Em casos de pacientes em uso de traqueostomia e em processo de desmame, deverá ser insuflado o cuff antes do procedimento.


Os objetos deverão ser, preferencialmente, descartáveis de uso único (principalmente para pacientes em precaução de contato), ou, no caso da escova, acondicioná-la por no máximo 24 h em pacote de gaze embebida com clorexidina 0,12% posteriormente à sua desinfecção com clorexidina alcoólica 0,5%.

Todo material que entrar no box deverá ser descartado ou permanecer no mesmo.

Material a ser utilizado:

- 01 sonda de aspiração (nº 10, 12 ou 14) para adaptação no aspirador;
- 01 pacote de gaze;
- 01 escova de dente macia, de preferência descartável;
- Fio dental;
- Limpador de língua (opcional);
- Copo de 50 ml descartável com clorexidina 0,12%;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 19/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Abridor de boca, confeccionado com 16 palitos de madeira, abaixadores de língua, envoltos com gaze e fita crepe descartável e estéril;
- Luvas de procedimento;
- Hidratante labial de preferência a base de Lanolina.


As etapas do procedimento irão ocorrer conforme o perfil do paciente: a higiene bucal deve ser realizada nos pacientes com déficit motor ou impossibilidade de realizar o autocuidado e de acordo com o perfil de cada paciente para que a descontaminação da região bucal ocorra de forma efetiva.

O enfermeiro deve prescrever na SAP os cuidados de higiene bucal, após avaliação prévia da necessidade.

Procedimento auxiliar/técnico de enfermagem para paciente edêntulo total (sem presença de dentes e ausência e/ou com próteses):

- Reunir todo o material, explicar ao paciente o procedimento que será realizado e higienizar as mãos com água e sabonete conforme técnica preconizada;
- Manter decúbito elevado a 45°;
- Retirar prótese dentária (se houver);
- Realizar a aplicação de hidratante (lanolina) nos lábios e mucosas utilizar spray ou gel umidificante;
- Colocar o abridor de boca do lado oposto ao que será higienizado;
- Realizar a higienização da língua, vestíbulos (espaço entre lábios e gengiva), bochecha, palato, rebordo alveolar (estrutura que tem como função alojar a raiz do dente), sempre no sentido pósterio-anterior, com gaze embebida em

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 20/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


clorexidina 0,12%, envolvendo-a no dedo indicador do cirurgião-dentista ou técnico de enfermagem que está realizando o procedimento;

- Desprezar a gaze com abaixador de língua após a higienização de cada espaço;
- Durante todo o procedimento, deve ser realizado aspiração contínua;
- Realizar o tracionamento da língua com gaze para posterior limpeza dela utilizando o abaixador de língua, sempre no sentido póstero-anterior;
- Realizar a aplicação de hidratante (lanolina) nos lábios e mucosas utilizar spray ou gel umidificante;
- Descartar todo material;
- Higienizar as mãos com água e sabão e técnica preconizada;
- Realizar anotação no prontuário eletrônico o procedimento realizado e os achados, quando houver.
- Atenção: quando houver próteses, deverá ser realizado a higienização destas antes de colocar novamente.

Paciente dentado total ou parcial:

- Reunir todo o material, explicar ao paciente o procedimento que será realizado e higienizar as mãos com água e sabonete conforme técnica preconizada;
- Manter decúbito elevado a 45°;
- Realizar a aplicação de hidratante (lanolina) nos lábios e mucosas utilizar spray ou gel umidificante;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 21/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Realizar a higienização da língua, vestibulos (espaço entre lábios e gengiva), bochecha, palato, rebordo alveolar (estrutura que tem como função alojar a raiz do dente), sempre no sentido pósterio-anterior, com gaze embebida em clorexidina 0,12%, envolvendo-a no dedo indicador do cirurgião-dentista ou técnico de enfermagem que está realizando o procedimento;
- Desprezar a gaze com abaixador de língua após a higienização de cada espaço;
- Realizar a escovação dos dentes por quadrantes com escova umedecida em solução de clorexidina 0,12%;
- Durante todo o procedimento, deve ser realizado aspiração contínua;
- Realizar o tracionamento da língua com gaze para posterior limpeza dela utilizando o abaixador de língua, sempre no sentido pósterio-anterior;
- Realizar a aplicação de hidratante (lanolina) nos lábios e mucosas utilizar spray ou gel umidificante;
- Descartar todo material;
- Higienizar as mãos com água e sabão e técnica preconizada;
- Realizar anotação no prontuário eletrônico o procedimento realizado e os achados, quando houver;
- Atenção: quando houver próteses, deverá ser realizado a higienização destas antes de colocar novamente.

4.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM SONDAS

Pacientes internados podem necessitar de vias alternativas para a alimentação como a sonda nasoenteral (SNE) e gastrostomia (GTT), para eliminações

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 22/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

fisiológicas como a sonda vesical de alívio (SVA) e sonda vesical de demora (SVD). Os cuidados para cada um desses dispositivos devem ser conforme procedimentos estabelecidos na instituição.

4.3.1 Sonda nasoenteral (SNE) e sonda nasogástrica (SNG)

Fornece suporte nutricional e farmacológico seguro para pacientes com impossibilidade ou dificuldades de alimentação por via oral.


O enfermeiro deve reunir todos os materiais necessários para realizar o procedimento:

- Bandeja;
- SNE nº 12 ou 15 e/ ou SNG nº12 ou 14;
- Xilocaína gel (uso único);
- Estetoscópio;
- Seringa de 20 ml;
- Pacote de gazes;
- Micropore;
- Caneta marcadora;
- Saco de lixo de cor preto EPI;

O procedimento deve ser realizado exclusivamente pelo enfermeiro, as etapas da passagem da SNE/ SNG são:


- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 23/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Paramentar-se com os EPI's;
- Posicionar o paciente sentado ou em decúbito elevado a 45°, com o pescoço fletido para frente;
- Obter história de problemas nasais, examinar as fossas nasais, e limpar as narinas;
- Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e daí ao apêndice xifoide (SNG); acrescentar 20 cm a este ponto (SNE);
- Marcar o ponto correspondente na sonda;
- Lubrificar 10 cm da sonda e a narina escolhida e peça ao paciente que inspire profundamente;
- Introduzir a sonda na narina, no sentido cranial, pedindo que o paciente faça movimentos de deglutição;
- Introduzir a sonda até o segmento demarcado, sem forçar; parar se houver qualquer resistência;
- Fixar firmemente a sonda com a fita adesiva hipoalergênica;
- Após finalizar a passagem da SNE, realizar raio-X de tórax para confirmação de posicionamento;
- Acionar o médico para avaliar o raio-X e liberar a SNE para uso;
- Após confirmação, remova o fio guia do interior da SNE, para confirmar a localização da SNG, aspire com uma seringa de 20 ml observando a presença de conteúdo gástrico, ou injete ar e ausculte simultaneamente os ruídos;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 24/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Organizar o ambiente, recolhendo os materiais e descartando em local apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário e inserir na aba dispositivos.

Necessário atenção do enfermeiro aos seguintes pontos:

- Inserir a instalação do dispositivo no prontuário eletrônico do paciente;
- Liberar dieta somente após avaliação médica do raio x realizado;
- Para passagens de SNE difíceis (sem sucesso após tentativas por profissionais distintos) solicitar ao médico avaliação para passagem via endoscópica, certificar-se que o paciente está com aporte venoso necessário.


O material necessário para a fixação da SNE/ SNG será:

- Fita adesiva hipoalergênica;
- Luva de procedimento;
- Tesoura.

As etapas do procedimento de fixação da SNE/ SNG são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Cortar a fita adesiva hipoalergênica em 03 pedaços de aproximadamente 04 cm;
- Higienizar local a ser fixada a sonda;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 25/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fixar o primeiro na narina;
- Cortar o segundo ao meio, deixando 01 cm sem corte, para fixar a sonda a narina (borboleta);
- Fixar o terceiro acima da borboleta;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Atenção para as seguintes observações:

- A troca da fixação deve ser realizada diariamente, após o banho e/ou sempre que necessário;
- A aspiração de resíduo gástrico deve ocorrer antes de cada lavagem da sonda enteral (4/ 4 h).


O material necessário para a lavagem da SNE/ SNG será:

- Seringa de 20 ml;
- Água filtrada;
- Copo plástico.

O procedimento de lavagem deve ocorrer conforme prescrição médica (30 ml a cada 4 h) e após administração de medicações pela via e pode ser realizado por enfermeiros ou auxiliares/técnicos de enfermagem. As etapas são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Desconectar o equipo da sonda;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 26/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Lavar sonda com jato de 40 ml de água filtrada (02 vezes a seringa de 20 ml);
- Se houver resistência, repita a lavagem (se não obtiver sucesso, acione o enfermeiro);
- Registrar o procedimento no prontuário.


O Material para aspiração e avaliação do resíduo gástrico será:

- Seringa de 20ml;
- Copo plástico.

As etapas do procedimento de aspiração e avaliação do resíduo gástrico são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Desligar a bomba de infusão da dieta enteral;
- Desconectar o equipo da sonda;
- Conectar a sonda a seringa de 20ml e proceder aspiração do conteúdo gástrico;
- Desconectar a seringa da sonda e despejar o conteúdo aspirado no copo plástico contabilizando o volume em ml;
- Repetir o processo de aspiração até que não seja aspirado mais nada ou que atinja o volume total aspirado ≥ 200 ml;
- Desprezar o conteúdo do copo plástico;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 27/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Registrar o volume aspirado no balanço hídrico e nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Atenção para os seguintes pontos:

- Comunicar ao enfermeiro caso o volume residual seja $\geq 200\text{ml}$ para avaliar a indicação de retorno da infusão da dieta enteral;
- O decúbito do paciente com dieta enteral deve ser no mínimo 30° graus para evitar a broncoaspiração.


4.3.2 Sonda vesical de demora (SVD)

O objetivo da sondagem vesical de demora é promover a drenagem de urina como suporte terapêutico seguro para pacientes com impossibilidade ou dificuldades de eliminar a urina espontaneamente e/ ou necessidade de monitorar volume urinário.

O procedimento de sondagem é realizado exclusivamente pelo enfermeiro que deve reunir todos os materiais necessários para passagem da SVD:

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Seringa de 20 ml;
- Xilocaína gel (uso único);
- Agulha 40x12;
- Sonda de foley (adequar o tamanho ao perfil do paciente);
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Almotolia de clorexidina aquosa e degermante;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- 2 ampolas de água destilada 10 ml;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 28/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- 1 pacote de gazes;
- 2 campos estéreis;
- Biombo.

As etapas do procedimento de passagem da SVD são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante por 20 segundos no mínimo;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Realizar higiene íntima com clorexidina degermante (usando luvas de procedimento);
- Retirar luvas de procedimento e calçar luva estéril;
- Posicionar campos estéreis;
- Solicitar abertura do material e promover teste do balonete da sonda Foley insuflando e desinsuflando após;
- Conectar a sonda vesical ao sistema coletor fechado;
- Realizar a antisepsia do meato urinário e área adjacente com clorexidina aquosa, colocar o campo fenestrado;
- Aplicar xilocaína gel sobre a superfície do cateter urinário lubrificando-o amplamente. Em pacientes homens, introduzir a xilocaína na uretra;
- Introduzir todo o cateter na uretra ou orifício de cistostomia, observar a presença de diurese;
- Insuflar o balão com água destilada e seringa de 20 ml;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 29/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fixar o cateter na região do hipogástrico para o sexo masculino e na face anterior da coxa para o sexo feminino;
- Identificar saco coletor com data e nome de quem realizou o procedimento;
- Fixar o saco coletor na lateral do leito;
- Organizar o ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume aspirado no balanço hídrico e nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Atenção para as seguintes orientações:

- Registrar as orientações em aba específica no Tasy;
- Realizar procedimento mediante prescrição médica;
- Realizar checklist de inserção;
- Ter acompanhamento do técnico de enfermagem para instrumentação;
- Insuflar balonete somente ao inserir totalmente a sonda ou quando houver retorno urinário;
- Se dificuldades de inserção por dois profissionais distintos solicitar ao time de resposta rápida TRR avaliação do urologista;
- Preencher diariamente o bundle de sonda vesical, e cobrar da equipe de enfermagem as boas práticas de prevenção de infecção;
- Atenção para volume – diurese > 0,5 ml/kg/h é um dos critérios para sepse.
- Seguir recomendações descritas na SAP;
- Atentar-se a lesões ocasionadas por dispositivos.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 30/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


O procedimento de irrigação vesical contínua pode ser realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem ou pelo enfermeiro:

- 1 equipo para irrigação;
- Frascos SF 0,9% 1000ml;
- 1 pacote de gazes;
- 2 campos estéreis;
- Sachê de álcool 70%;
- Clorexidine degermante 0,12%;
- Biombo.

As etapas do procedimento de irrigação vesical contínua são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Clampear a bolsa coletora;
- Esvaziar o saco coletor (usar arrastadeira ou papagaio) e desprezar conteúdo no sanitário;
- Anotar volume retirado na folha de irrigação vesical e ganhos e perdas;
- Higienizar as mãos;
- Calçar novas luvas de procedimento;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 31/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fazer assepsia do SF0,9% com álcool a 70%, trocar o frasco vazio, descamplear a bolsa coletora;
- Observar gotejamento (colocando-o conforme indicação médica);
- Retirar a paramentação e higienizar as mãos;
- Anotar na folha de irrigação volume do SF 0,9% instalado;
- Programar horário da próxima troca;
- Orientar a família quanto a necessidade de manter gotejamento contínuo;
- Registrar o volume instalado e drenado no balanço hídrico (ganhos e perdas) e anotações de enfermagem no prontuário do paciente.
- A troca de solução deve ser imediata, a irrigação deve permanecer contínua para evitar obstrução.

4.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM DRENOS


Os drenos são dispositivos de formas variadas, utilizadas para saída de ar e líquidos que podem se acumular na cavidade. Os drenos são utilizados para drenagem de líquido seroso, sanguinolento, purulento ou saída de ar, de locais de dissecação, área de anastomoses intraperitoneais, drenagem de tórax.

Os cuidados com dreno devem estar prescritos na SAP pelo enfermeiro, este deve ainda supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante a execução do procedimento e assegurar o registro do aspecto e volume do débito drenado no prontuário do paciente. As ações podem ser executadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem.

4.4.1 Troca de selo d'água do dreno de tórax

O material necessário para o procedimento será:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 32/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Água destilada de 500 ml;
- Saco coletor graduado/ Frasco graduado;
- Micropore;
- Caneta;
- Clorexidina alcoólica;
- Gaze estéril;
- Seringa de bico de 20 ml (SN);
- Bolsa coletora adesiva (penrose).

Etapas do procedimento são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Pinçar a extensão do frasco do dreno;
- Medir débito no próprio frasco coletor; graduado e despejar conteúdo em recipiente (saco coletor/ balde);
- Enxaguar o frasco coletor do dreno com SF0,9% estéril, desprezando o conteúdo no recipiente;
- Preencher o frasco coletor com SF0,9% ou água destilada (300ml para frasco com capacidade de 1000ml e 500ml para frasco com capacidade de 2000ml);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 33/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fechar o frasco com a tampa, cuidando para não contaminar a parte interna da tampa;
- Despinçar o dreno;
- Sinalizar o ponto zero (nível da água), com fita adesiva e caneta, registrando nome, data e hora da troca do selo d'água;
- Organizar o ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- Preencher ganhos e perdas, lembrando de subtrair o selo d'água, por exemplo, se a quantidade de líquido do frasco for 500 ml, se o total desprezado for 650 ml, você deve registrar 150 ml de líquido drenado.

Atenção para os seguintes pontos:

- Atentar-se para sinais de obstrução e infecção, sinalizando ao enfermeiro alterações;
- Cuidado com trações e desconexões;
- Observar oscilação do dreno e avisar o médico caso não haja;
- Orientar e estimular deambulação, sempre que possível, tendo cuidado para não tracionar o dreno;
- Ao transportar o paciente, o dreno não deve ser pinçado e deverá ser mantido abaixo a inserção dele;
- Em caso de tracionamento acidental do dreno: Fazer compressão local e solicitar presença do médico;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 34/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Anotar débito de todos os drenos em ganhos e perdas e em evolução, uma anotação por dreno, distinguindo-os quando houver mais de um.

4.4.2 Cuidados com dreno Penrose

Material necessário:


- Saco coletor;
- Seringa de bico 20 ml.

Etapas do procedimento são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Atentar para fixação e permeabilidade do dreno;
- Retirar bolsa coletora, despejar conteúdo em recipiente graduado, tendo cuidado para não derramar (se necessário utilize seringa de bico para aspirar e mensurar);
- Realizar antisepsia periósteo com clorexidina alcoólica;
- Acoplar bolsa coletora adesiva;
- Recolher os materiais e o lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume drenado na aba ganhos e perdas; registrar o aspecto do líquido drenado na anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

Atenção para as seguintes situações:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 35/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Trocar sempre que a bolsa coletora atingir 50% da capacidade;
- Comunicar ao enfermeiro intercorrências relacionadas ao dreno.

4.4.3 Cuidados com dreno PortoVac


Material necessário para o procedimento:

- Saco coletor;
- Seringa de bico 20 ml.

As etapas do procedimento são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Clampear o tubo coletor;
- Abrir o recipiente sanfonado;
- Esvaziar todo conteúdo em saco coletor ou recipiente graduado, tendo cuidado para não derramar (se necessário utilize seringa de bico para aspirar e mensurar);
- Comprimir o recipiente sanfonado sobre uma superfície rígida e feche-o
- Abrir o clamp do tubo coletor;
- Recolher os materiais e o lixo;
- Higienizar as mãos;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 36/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Registrar o volume drenado na aba ganhos e perdas; registrar o aspecto do líquido drenado na anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

4.4.4 Cuidados com dreno JP (Jackson - Pratt)

Material necessário para o procedimento:


- Saco coletor;
- Seringa de bico 20 ml.

As etapas do procedimento são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Pinçar a extensão do dreno com a mão e abrir a “pera”;
- Esvaziar todo conteúdo em saco coletor ou recipiente graduado, tendo cuidado para não derramar (se necessário utilize seringa de bico para aspirar e mensurar);
- Manter a “pera” comprimida e fechar em seguida;
- Soltar a extensão do dreno;
- Recolher os materiais e o lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume drenado na aba ganhos e perdas; registrar o aspecto do líquido drenado na anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

4.4.5 Cuidados com dreno Pig Tail

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 37/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

Material necessário para o procedimento:

- Saco coletor;
- Seringa de bico 20 ml.


As etapas do procedimento são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Abrir coletor;
- Esvaziar todo conteúdo em saco coletor ou recipiente graduado, tendo cuidado para não derramar (se necessário utilize seringa de bico para aspirar e mensurar);
- Feche o coletor;
- Recolher os materiais e o lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume drenado na aba ganhos e perdas; registrar o aspecto do líquido drenado na anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

4.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A APLICAÇÃO DE CALOR OU FRIO

O calor atua relaxando os músculos e facilitando a circulação através da vasodilatação, acalmando assim a dor e diminuindo o edema local. O frio age pela vasoconstrição, diminuindo a dor local e impedindo a formação de hematoma. devem ser realizados conforme SAP (sistematização de enfermagem) e/ou

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 38/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

prescrição médica.

O calor é aplicação através de bolsas de água quente e compressas quentes e tem como finalidade, aquecer o paciente, aumentar a circulação no local da aplicação, aliviar a dor, facilitar os processos supurativos e relaxar a musculatura. Contraindicações: feridas cirúrgicas, hemorragias, lesões abertas, luxações ou contusões antes de 48 horas, hemofilia ou fragilidade capilar; trombose;

As aplicações frias são realizadas através de bolsa de gelo ou compressas frias, e têm como finalidade: diminuir a hipertermia, dor, estancar a hemorragia, diminuir a congestão e processos inflamatórios. Contraindicações: estase circulatória, estado de desnutrição, lesões abertas.

O enfermeiro de prescrever o cuidado na SAP informando periodicidade e tipo de aplicação após definição em round multiprofissional e orientar e supervisionar o técnico de enfermagem a execução do procedimento.

4.5.1 Aplicação De Calor


Material necessário:

- Recipiente, forro para cobrir o recipiente (toalha de rosto ou fronha);
- Água quente (temperatura em que se percebe que está quente, mas cuidando para não queimar a pele);

As etapas do procedimento são:

- Preparar material necessário;
- Aquecer a água no posto de enfermagem com ebulizador;
- Colocar água morna/ quente em recipiente (bolsa) ou mergulhar compressas em água quente, retirando o excesso de água;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 39/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Levar material ao leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Certificar-se do local que deverá receber a aplicação;
- Proteger pele com lençol, não deixando a bolsa diretamente em contato com a pele;
- Aplicar no local indicado e deixar no local no mínimo 20 minutos e no máximo 40 minutos;
- Avaliar as condições da pele no local, 2 minutos após a aplicação da bolsa para certificar-se de que essa temperatura não vai causar queimaduras no paciente;
- Terminada a aplicação, retirar a bolsa/ compressa e manter a região agasalhada para evitar corrente de ar;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher os materiais e o lixo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.

4.5.2 Aplicação De Frio

Material necessário para o procedimento:

- Saco plástico;
- Gelo (máquina disponível no posto de enfermagem UI 10°D);
- Forro para cobrir o recipiente (toalha de rosto ou fronha).

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 40/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


As etapas do procedimento são:

- Preparar material necessário;
- Colocar gelo em saco plástico;
- Levar material ao leito do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Certificar-se do local que deverá receber a aplicação;
- Proteger o saco plástico com gelo com toalha de rosto ou fronha;
- Aplicar no local indicado e deixar no local no mínimo 20 minutos e no máximo 40 minutos;
- Avaliar as condições da pele no local, 2 minutos após a aplicação de gelo para certificar-se de que essa temperatura não vai causar queimaduras no paciente;
- Terminada a aplicação, retirar o saco plástico com gelo e a proteção (toalha de rosto ou fronha);
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher os materiais e descartar corretamente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.

4.6. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MOVIMENTAÇÃO DE PACIENTE

Os pacientes possuem condições clínicas que, por muitas vezes, reduzem sua mobilidade, por tempo determinado ou de forma definitiva. Neste caso, se faz

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 41/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

necessário o auxílio da equipe de enfermagem para realizar a movimentação deste paciente. Ao movimentar o paciente, o profissional de enfermagem deve: conhecer as condições do paciente e a posição requerida ou necessária, conhecer o ambiente e os recursos disponíveis, utilizar os princípios da ergonomia e da biomecânica para executar a atividade.

O enfermeiro deve prescrever na SAP periodicidade de mudança de decúbito e supervisionar a realização da mobilização do paciente.

Pontos de atenção geral para movimentação do paciente:


- Dispositivos invasivos;
- No momento da mudança de decúbito, inspecionar a pele e registrar achados em prontuário, sinalizando ao enfermeiro, adotando junto a ele medidas preventivas e curativas;
- Em caso de pacientes muito obesos ou que haja dificuldade de movimentação pela equipe de enfermagem, deve-se usar o elevador;
- Paramentar-se somente em casos de isolamentos conforme diretriz da CCIH.
- Sinalizar a condição de isolamento para o ascensorista e setor de destino;
- A mudança de decúbito, salvo em restrições descritas em prontuário, deve ocorrer a cada 2 horas (Decúbito dorsal, decúbito direito e decúbito esquerdo).

4.6.1. Movimentação de pacientes acamados

Material para o procedimento com pacientes acamados:

- Cadeira de banho (se necessário);
- Poltrona (se necessário);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 42/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Elevador de pacientes (se indicado);
- Dispositivo auxiliar de sedestação a beira leito (DASBEL).

Etapas do procedimento para pacientes acamados:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Manter cabeceira a 30°;
- Atentar-se para dispositivos, para que não haja perda acidental;
- Baixar a grade da cama;
- Aproximar paciente a lateral do leito (lado oposto ao qual será posicionado), com auxílio do lençol (travessa), evitando fricção;
- Fletir o membro inferior oposto ao qual ele ficará;
- Colocar uma das mãos na região escapular e a outra na flexão do joelho, virando-o para você;
- Colocar coxim na região dorsal, evitando retorno à posição original e promovendo conforto;
- Proteger a articulação dos joelhos, colocando coxim entre eles;
- Levantar as grades de proteção;
- Garantir que o paciente esteja confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.

4.6.2. Movimentação para sentar o paciente

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 43/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


Material para sentar o paciente:

- Cadeira de banho (se necessário);
- Poltrona (se necessário);
- Elevador de pacientes (se indicado);
- Dispositivo auxiliar de sedestação a beira leito (DASBEL).

Etapas do procedimento para sentar o paciente:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Sempre que possível, encorajar o paciente a auxiliar na transferência;
- Suspender o paciente no leito, objetivando posicionar o quadril acima do meio da cama;
- Elevar a cabeceira do leito;
- Atentar-se a dispositivos invasivos, cuidando para que não haja tração acidental;
- Baixar a cama para que o paciente ao se sentar consiga apoiar o pé no chão;
- Se possível, solicitar auxílio do paciente, pedindo flexão do tronco e retirados os membros inferiores para fora da cama;
- Posicionar paciente sentado à beira leito, com as pernas para baixo, ficando uma pessoa responsável por monitorá-lo nesta posição;
- Ajustar com coxins, travesseiros, Dasbel (SN), a posição do paciente, para maior segurança e conforto;
- Observar sinais de cansaço e fadiga muscular;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 44/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Realizar anotações de enfermagem e checagem da SAP;

4.6.3. Transferência do leito para a cadeira de banho

Etapas do procedimento de transferência para a cadeira de banho:


- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o leito conforme altura da cadeira de banho;
- Travar o leito e a cadeira, remover o braço da cadeira;
- Verificar condição e fixação dos dispositivos (acesso venoso, sondas e drenos), clipá-los e posicioná-los adequadamente, a fim de evitar deslocamentos e danos nos mesmos e no paciente;
- Sentar o paciente beira leito e calçar chinelo antiderrapante;
- Apoiar o cliente pela cintura, auxiliando-o a levantar, virar e se sentar na cadeira;
- Garantir que o paciente esteja confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.

4.6.4. Transferência do leito para a maca

As etapas de procedimento são:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Aproximar a maca do leito do paciente;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 45/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Igualar a altura da maca com a altura do leito;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Verificar condição e fixação dos dispositivos (acesso venoso, sondas e drenos), clipá-los e posicioná-los adequadamente, a fim de evitar deslocamentos e danos nos mesmos e no paciente;
- Enrolar as bordas do lençol (travessa) bem próximas ao paciente;
- Posicionar os profissionais dois ao lado do leito e dois ao lado da maca, ambos segurando adequadamente o lençol (travessa);
- Movimentar o paciente para a maca com um movimento único, preciso e sincronizado;
- Cobrir o paciente com o lençol;
- Elevar cabeceira 30° - 45°;
- Levantar as grades de proteção;
- Garantir que o paciente esteja confortável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.

4.7. APLICAÇÃO E CUIDADOS COM CÂNULA DE GUEDEL

A cânula de guedel é um dispositivo utilizado para o manejo das vias aéreas. A cânula e guedel evita que a base da língua de pacientes com depressão do sensório obstrua a orofaringe e, conseqüentemente, permita uma melhor oxigenação. A inserção da cânula orofaríngea (guedel) é um procedimento simples e muito importante no atendimento à vítima de trauma. A instalação desse dispositivo está contraindicada nas vítimas conscientes (ATLS, 2007; PHTLS, 2007). A canulação

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 46/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

orofaríngea (COF) deve ser instalada para manter a língua em posição que não comprometa a passagem de ar em vítima com nível de consciência rebaixado. A seleção do tamanho adequado para a vítima deve ser estimada pela distância entre a rima labial e o lobo da orelha ou o ângulo da mandíbula. As figuras a seguir mostram a sequência da inserção da cânula orofaríngea (Guedel). No atendimento a vítima de trauma é contraindicada aspirar as vias aéreas com cateter de ponta maleável, pois quando introduzido na cavidade oral este pode ser contado pelos dentes da própria vítima e, então, tornar-se um corpo estranho, com possibilidade de aspiração; e, ainda, quando inserido nas narinas, pode penetrar no espaço intracraniano, na vigência de lesão de placa cribiforme. Portanto, a aspiração da cavidade oral e na nasal em vítima de trauma deve ser realizado com o dispositivo de sonda de aspiração de ponta rígida. Deve ser utilizada somente em pacientes inconscientes, devido ao potencial de induzir náuseas, vômitos e uma possível aspiração. Não colocar o dispositivo ou devemos retirá-lo caso o paciente tenha o reflexo do vômito presente.

O enfermeiro deve avaliar e indicar a necessidade do uso cânula de Guedel; Realizar e/ ou supervisionar os cuidados com a cânula e certificar-se da realização das tarefas prescritas.


Material necessário para a colocação da cânula de guedel:

- Cânula de Guedel do tamanho adequado;
- EPI (gorro, óculos, máscara cirúrgica e luva de procedimento);
- Clorexidina 0,12% (para higiene bucal);
- Kit higiene bucal.

Etapas do procedimento de colocação da cânula de guedel:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 47/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Preparar material
- Higienizar as mãos;
- Manter cabeceira a 30°;
- Paramentar-se;
- Avaliar se há lesões em cavidade oral;
- Abaixar a língua;
- Insira o dispositivo com a concavidade para baixo com cuidado para não empurrar a língua para trás;
- Proceder aspiração oral, se necessário;
- Deixar o paciente confortável;
- Realizar diariamente a higiene da cânula (no momento da higiene oral), com clorexidina 0,12% e gaze;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem e checar SAP.


4.8. COLETA DE EXAMES PARA ANÁLISE CLÍNICA

Coletar exames microbiológicos para análise e indicação de tratamento para o paciente. A coleta de material para exames clínicos, deve ser realizada conforme prescrição médica e solicitação de guia para exame.

4.8.1. Coleta de Swab

O swab trata-se de uma haste de plástico com ponta de algodão estéril que serve para coleta de exames microbiológicos, normalmente usados em feridas, pesquisa de isolamento de contato para pacientes provenientes de outras instituições (que

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 48/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

vem para ser internados em UTI); e mucosas.

Material necessário para a coleta por swab:


- Swab;
- EPI's.

O enfermeiro deve executar ou supervisionar a coleta de material conforme solicitação médica prévia e estar atento as solicitações.

As etapas do procedimento para a coleta de exames com swab são:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Manter cabeceira a 30°;
- Paramentar-se;
- Expor o local a ser coletado exame;
- Realizar a coleta em movimentos circulares;
- Inserir o swab com a amostra dentro do tubo;
- Fechar bem a tampa;
- Identificar amostra;
- Deixar o paciente confortável;
- Descartar os EPIs;
- Higienizar as mãos;
- Acionar laboratório para recolher material;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 49/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem.

4.8.2. Coleta de urina Por Sonda Vesical de Demora (SVD)

A coleta de urina por sistema fechado, é a retirada da urina sem a desconexão do sistema fechado, através da aspiração com uso de agulha e seringa de 20 ml, realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem.


Material utilizado para a coleta de urina por SVD:

- 1 agulha 40x12;
- 1 seringa de 20 ml;
- 1 frasco coletor de urina;
- Sachê de álcool 70%.

Etapas do procedimento de coleta de urina por SVD são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Fechar a SVD por 20 minutos;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Higienizar o injetor lateral da sonda vesical de demora com sachê de álcool a 70%;
- Aspirar a urina com seringa de 20 ml e agulha 40x12;
- Identificar amostra e solicitar remoção pelo laboratório;
- Organizar o ambiente;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 50/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar as mãos;
- Registrar a coleta nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- Acionar o laboratório para recolher a amostra.

4.8.3. Coleta de Secreção Traqueal

Coleta de secreção, realizada pela equipe de enfermagem e/ ou fisioterapia através da aspiração da secreção da traqueostomia para recipiente estéril.


Material utilizado para a coleta de secreção traqueal:

- Frasco de aspiração;
- Borracha de silicone;
- Sonda nº12 ou 14;
- EPI;
- Frasco coletor

As etapas do procedimento para a coleta de amostra de secreção traqueal são:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário em uma bandeja;
- Identificar o frasco;
- Conferir o nome e data de nascimento do paciente;
- Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento;
- Paramentar-se;
- Montar sistema de aspiração (frasco de aspiração, borracha de silicone, frasco de coleta e sonda);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 51/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Introduzir a sonda de aspiração estéril na cânula de traqueostomia e/ ou tubo orotraqueal e aplicar sucção para obter amostra;
- Recolher o material utilizado;
- Retirar EPI;
- Higienizar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Acionar laboratório para recolher material;
- Registrar a coleta nas anotações de enfermagem no prontuário do paciente.


4.8.4. Coleta de amostra de sangue

A coleta de material para exame laboratorial de cateter venoso central, tipo duplo lúmen (CDL) e PICC, deve ser realizada mediante solicitação do laboratório e/ ou hemocultura, nos casos em que o paciente tem rede venosa prejudicada e fragilidade capilar (difícil acesso venoso periférico) ou suspeita de infecção de cateter venoso. A coleta de amostra de acesso venoso central deve ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro.

Material utilizado para a coleta de amostra de sangue:

- Par de luvas de procedimento;
- 1 agulha 40x12;
- 1 seringa de 10 ml;
- 1 SF0,9% 10 ml;
- Sachê de álcool 70%;
- 1 seringa de 5 ml;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 52/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- 1 seringa de 10ml ou 20 ml (conforme a necessidade de amostra);
- Tubos para colocar a amostra de sangue (conforme os exames a serem analisados).

As etapas do procedimento de coleta de amostra de sangue são:

- Certificar-se da quantidade de amostra a ser coletada, data e horário;
- Separar o material necessário para coleta da amostra;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- higienizar com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares.
- Retirar a tampinha e higienizar a ponta do lúmen com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares. Pegar um sachê de álcool a 70% novo e repetir o procedimento;
- Aspirar 5 ml de sangue com uma seringa e desprezar;
- Aspirar 10 ml de sangue com uma seringa ou conforme a necessidade do laboratório e entregar a amostra do material ao colaborador do laboratório;
- Ao término do procedimento, aspirar SF 0,9% 10 ml em seringa de 10 ml e fazer um “flush” utilizando a técnica do turbilhonamento;
- Fazer desinfecção com sachê de álcool a 70% da ponta do lúmen para retirar resíduo de sangue;
- Conectar uma tampinha estéril da ponta do lúmen;
- Descarta o lixo;
- Retirar as luvas de procedimentos;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 53/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente;
- Certificar-se que o técnico do laboratório encaminhou a amostra para análise.

4.9. ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

O ECG avalia a função cardíaca do paciente e tem como objetivo garantir segurança do cliente e reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência.

A pele deve estar bem limpa e desengordurada nos locais de fixação dos eletrodos e se o corpo do paciente tiver muitos pêlos, deve realizar rebaixamento; O aparelho de ECG deve estar com papel, e em seguida o profissional deve apertar o botão “segue” e assim realizar o exame.


Material necessário para realizar ECG:

- Aparelho de ECG;
- Gel para aparelho de ECG;
- Biombo (s/ n);
- EPI's (s/ n).

Etapas do procedimento realizar ECG:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou acompanhante;
- Higienizar o aparelho de ECG;
- Higienizar as mãos;
- Manter cabeceira a 30°;
- Paramentar-se (quando necessário);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 54/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Disponibilizar biombos ou cortina, em respeito à privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal
- Colocar o aparelho de ECG ao lado do leito do paciente;

Fixar os eletrodos na face interna dos punhos, pernas (faces antero-mediais) e tórax do paciente e conectar os cabos do aparelho de ECG, nos eletrodos, conforme abaixo:

- **V1:** eletrodo na borda externa do 4º espaço intercostal direito;
- **V2:** eletrodo na borda externa do 4º espaço intercostal esquerdo;
- **V3:** eletrodo colocado entre **V2** e **V4**;
- **V4:** eletrodo no 5º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular;
- **V5:** eletrodo no mesmo nível de **V4**, na linha axilar anterior;
- **V6:** eletrodo no mesmo nível de **V5**, na linha axilar média;

Após o exame, o aparelho fará a impressão de 12 visões distintas do registro: derivações periféricas bipolares (DI, DII e DIII), derivações periféricas unipolares (aVR, aVL e aVF) e derivações precordiais (V1, V2, V3, V4, V5, V6).


- Checar a realização do exame e registrar no prontuário do paciente.

Na unidade de emergência (UE) é utilizado o ECG DIGITAL, a disposição dos eletrodos são as mesmas, citadas acima, após fixar todos os eletrodos aos cabos, realizar o exame, através do SISTEMA WINCARD e RIS aberto na tela do notebook. Utilizar o fluxo de EGC digital.

4.10. COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL

O colar cervical tem a função de proteção da coluna cervical, constitui medida universal no atendimento ao paciente vítima de trauma, devendo ser mantida até a

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 55/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

confirmação da ausência de lesão neurológica ou óssea. Deve ser confeccionado em polietileno e radio transparente. O colar cervical tem como objetivo garantir segurança do cliente e reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência.

4.10.1. Contraindicação ao uso do colar cervical

Impossibilidade de alinhamento da cabeça. Nesses casos, o posicionamento da cabeça deve ser mantido com controle manual e outras estratégias de fixação para evitar movimentação.

Presença de objeto encravado no pescoço ou região. Nesses casos o objeto deve ser fixado e o controle manual mantido em associação a outras estratégias de fixação evitando a movimentação da cabeça e prevenindo lesões na cervical

4.10.2. Indicação de uso


Paciente de trauma que se encontra sentado (no carro ou em outra situação) e que não é portador de risco de morte imediato.

O colar cervical apresenta vários tamanhos cujo velcros tem uma cor específica, conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Tamanho Colares Cervicais

TAMANHO	COR DO VELCRO
BB (Neo)	Rosa
Pediátrico	Azul claro
PP	Lilás
Pequeno	Azul Royal

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 56/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

Médio	Laranja
Grande	Verde
GG	Branco

A imobilização com colar cervical adequado, permite 30° de mobilidade do pescoço. O colar cervical deve possuir um desenho assimétrico, ser dobrável e plano, com janela para acesso cervical, além de fornecer uma boa adaptação a cabeça e ao ombro da vítima.


Material necessário para colocação do colar cervical:

- Colar cervical (conforme o tamanho indicado para o paciente);
- EPI's (s/ n).

A etapas do procedimento colocação do colar cervical pelo enfermeiro são:

- Avaliar paciente e indicar o tamanho do colar cervical a ser utilizado;
- Utilizar o dorso da mão, medir a altura entre o ângulo da mandíbula e a base do pescoço do paciente;
- No colar, medir do parafuso ou marca indicadora até o final da parte rígida;
- Posicionar-se por trás do paciente e realizar a estabilização manual da cabeça, posicionando os dedos médios de ambas as mãos na região do zigomático, polegares na nuca e os dedos mínimos e anulares na mandíbula do paciente.
- Manter estável o posicionamento da cabeça do paciente;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 57/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem para a colocação do colar adequadamente;
- Registrar a avaliação e o procedimento no prontuário do paciente.
- O auxiliar/técnico de enfermagem auxilia o enfermeiro, posicionando-se pela lateral oposta e coloca o colar cervical adequadamente no paciente;

4.11. CONTENÇÃO FÍSICA MECÂNICA

A contenção física mecânica é um método utilizado para evitar que o paciente se machuque ou retire os dispositivos durante os períodos de agitação. A contenção é indicada quando não há controle da agitação em pacientes que estão em ventilação mecânica com redução de sedação para a extubação.

Não conter paciente na ausência da prescrição médica, a contenção física mecânica é responsabilidade de todos, porém a conduta deve ser prescrita pelo médico e aplicado termo de consentimento para autorização da contenção física.


Material necessário para a contenção física mecânica:

- Acolchoado;
- Contensões de tecido;
- Lençóis (s/ n);
- EPI's (s/ n).

O enfermeiro deve:


- Avaliar paciente, orientar e acolher a família explicando a importância e riscos do procedimento, junto com o médico;
- Certificar que a contenção física mecânica está prescrita pelo médico;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 58/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Aplicar o termo de consentimento para contenção física, utilizando o módulo “consentimentos” no prontuário eletrônico do paciente;
- Entregar o termo de consentimento para contenção física a um familiar ou representante legal, esclarecer dúvidas e pedir que assine o documento;
- Avaliar a pele do paciente verificando a presença de lesão;
- Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem a hidratar a pele na área que será contida;
- Registrar o acolhimento ao familiar no prontuário do paciente, colocando o nome e grau de parentesco;
- Supervisionar a execução do procedimento;
- Avaliar diariamente a condição da pele do paciente e registrar no prontuário eletrônico do paciente;
- Avaliar a necessidade de manter a contenção diariamente;
- Etapas do procedimento para a contenção física mecânica;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ ou familiar ou responsável legal;
- Hidratar a pele na área que será contida;
- Providenciar junto à camareira as contenções de acordo com a prescrição médica (membros superiores, inferiores e tórax);
- Proteger o membro ou área com acolchoado não estéril e fixar as contenções, que podem ser de quatro pontos (MMSS e MMII) ou torácica, de acordo com prescrição médica;
- Avaliar paciente a cada 2 horas, durante ronda horária rigorosa, atentando para lesão de pele;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 59/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração na pele e registrar em prontuário eletrônico;
- Organizar o leito;
- Descarta o material utilizado, quando houver;
- Registrar no prontuário do paciente.

4.12. LAVAGEM GÁSTRICA


A lavagem gástrica consiste na introdução de Soro Fisiológico 0,9% pela SNG para a retirada do conteúdo gástrico ingerido acidentalmente e/ ou ocasionalmente, a fim de evitar que complicações clínicas ao paciente.

Em casos de intoxicação exógena, o paciente deve ser monitorizado pela equipe, a fim de realizar intervenção imediata em casos de emergência.

O procedimento deve ser realizado pelo enfermeiro, material necessário:

- Luvas de procedimento;
- Sonda nasogástrica;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Micropore;
- Tesoura;
- Gaze;
- Xilocaína gel;
- Frasco para drenagem do conteúdo gástrico;
- Soro fisiológico.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 60/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

As etapas do procedimento são:


- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Avaliar o paciente;
- Verificar o tamanho adequado da SNG para o procedimento;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Realizar a passagem da SNG e fixar a sonda;
- Supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante o processo de lavagem gástrica ou realizar o procedimento;
- Preparar e administrar a solução conforme prescrito;
- Deixar a sonda fechada por tempo determinado ou iniciar drenagem, conforme a prescrição médica;
- Manter a SNG ou retirá-la conforme necessidade;
- Descartar o material utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar a quantidade e características do conteúdo drenado no prontuário do paciente.

4.13. OXIGÊNIO TERAPIA

A oxigenioterapia consiste na administração de oxigênio medicinal com a finalidade terapêutica. A enfermagem pode administrar o oxigênio por cateter nasal, máscara facial simples com ou sem reservatório, macronebulização, conforme a prescrição médica.

O enfermeiro deve:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 61/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Avaliar o paciente e prescrição médica;
- Avaliar ressecamento nasal;
- Orientar o técnico de enfermagem quanto à forma correta de administração do oxigênio;
- Supervisionar o técnico de enfermagem na execução do procedimento e checagem da prescrição médica;
- Assegurar o registro adequado de uso da oxigenioterapia.


4.13.1. **Cateter Nasal Tipo Óculos**

Dispositivo constituído por um tubo plástico com duas saídas de ar que devem ser colocadas nas narinas do paciente, para oferta de O₂. Tem como vantagem ser confortável por longos períodos, não impede a fala, a tosse e a deglutição, não invasivo, não há risco de reinalação de CO₂, terapia domiciliar prolongada e como desvantagens, permitir um fluxo de O₂ de 1 a 5 L/min, utilizado apenas por pacientes que são respiradores nasais, pode causar irritação de mucosa nasal quando ofertados fluxos maiores, ressecamento, dermatites e até sangramento nasal.

Material necessário para a oxigenioterapia por cateter nasal tipo óculos:

- Cateter nasal tipo óculos;
- Extensões de silicone;
- Frasco de umidificador;
- Água destilada frasco de 100 ml ou 250 ml;
- Fluxômetro;
- EPI's (s/ n).

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 62/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

A etapas do procedimento para a oxigenioterapia por cateter nasal tipo óculos:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Colocar água destilada no frasco umidificador até a marca indicada ou até a metade do frasco;
- Testar a saída de oxigênio na régua de gazes ou bala de oxigênio;
- Instalar o fluxômetro;
- Conectar o umidificador;
- Conectar o cateter nasal na extensão;
- Conectar a extensão ao umidificador;
- Colocar o cliente em posição decúbito dorsal em semi-fowler;
- Colocar o cateter no paciente;
- Ligar o oxigênio conforme prescrição médica;
- Descartar o material descartável utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Checar prescrição médica de oxigênio;
- Registrar no prontuário a administração do oxigênio por cateter nasal.

4.13.2. Macronebulização

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 63/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

A macronebulização é uma forma de ofertar oxigênio ao paciente com maior conforto e volume maior e umidificado para alívio do desconforto respiratório e compensação clínica. A macronebulização pode ser feita por meio de máscara que cobre o rosto do paciente parcialmente e/ ou por meio de máscara para traqueostomia a qual deve ser fixada no pescoço do paciente e ajustada para que saída de oxigênio fique no orifício da cânula de traqueostomia.


Material necessário para a oxigenioterapia por macronebulização:

- Macronebulização;
- Extensões de silicone;
- Água destilada frasco de 100 ml ou 250 ml;
- Fluxômetro;
- EPI's (s/ n).

Etapas do procedimento para a oxigenioterapia por macronebulização:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Colocar água destilada no frasco de macronebulização até a marca indicada ou até a metade do frasco;
- Testar a saída de oxigênio na régua de gazes ou bala de oxigênio;
- Instalar o fluxômetro;
- conectar o frasco do nebulizador;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 64/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Conectar a máscara e a traqueia no frasco;
- Colocar o paciente em posição decúbito dorsal em semi-fowler;
- Colocar a máscara no paciente ou na traqueostomia;
- Ligar o oxigênio conforme prescrição médica;
- Descartar o material descartável utilizado;
- Higienizar as mãos;
- Checar prescrição médica de oxigênio;
- Registrar no prontuário a administração do oxigênio por macro nebulização.


4.14. CATETERES VENOSOS

Cateteres venosos são utilizados no âmbito hospitalar, por representar uma via segura de administração de medicamentos injetáveis para infusão venosa, pois alguns medicamentos possuem somente a apresentação injetável. Os cateteres venosos podem ser de periférico, central, de curta permanência ou longa, semi-implantável ou totalmente implantável. A técnica para punção de acessos vasculares deve ser asséptica para evitar infecção de corrente sanguínea e todos os cuidados durante o manejo devem ser seguidos com técnica preconizada.

4.14.1. Acesso venoso periférico

Normalmente inserido em veias nos membros superiores, é o dispositivo vascular de curta duração mais utilizado. É imprescindível avaliar a rede venosa do paciente para adequar o calibre do cateter a ser utilizado e o volume de infusões a serem realizadas. Os cateteres possuem variações de calibre por numeração e cor, devendo a numeração ser a forma de avaliar mais correta seguindo a lógica de quanto maior a numeração, menor o calibre, por exemplo: nº24 menor cateter e mais fino; nº 14 maior cateter e mais calibroso.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 65/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


Material necessário para a punção venosa:

- Garrote;
- Sachê de álcool à 70%;
- Cateter intravenoso periférico sobre agulha apropriado ao calibre da veia e rede venosa do paciente;
- Filme transparente estéril para fixação;
- Seringa de 10 ml;
- Ampola de SF0,9% 10 ml;
- EPI's;
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso de acordo com o objetivo da punção (torneirinha, tubo extensor, tubo em "Y");

Etapas do procedimento para punção venosa:


- Explicar o procedimento ao paciente;
- Avaliar a rede venosa do paciente para escolher o calibre do cateter a ser utilizado;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Fazer avaliação dos membros superiores, priorizando a punção do distal para o proximal, ou seja, da mão para o braço;
- Garrotear próximo ao local da punção;
- Palpar as veias para sentir se são adequadas para punção;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 66/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Realizar a antissepsia do local a ser puncionado com sachê de álcool a 70% de baixo para cima, trocando o lado do swab, descartar e repetir com um sachê novo;
- Retirar o cateter da capa protetora e posicionar o bisel para cima;
- Introduzir o cateter na veia com ângulo de 30° graus;
- Observar retorno de sangue no cateter;
- Terminar de introduzir o cateter deixando o mandril (agulha) parado para evitar o risco de transfixar a veia;
- Soltar o garrote;
- Fixar o acesso com filme transparente;
- Pressionar com o polegar o cateter para que não retorne sangue;
- Retirar o mandril (agulha) e descartar na caixa de perfuro cortante;
- Conectar o dispositivo a ser utilizado (torneirinha, tubo extensor ou tubo em Y);
- Terminar a fixação do filme transparente;
- Fazer o mesmo dos dispositivos para evitar flebite mecânica e tracionamento acidental do acesso venoso;
- Identificar a punção com data e nome do profissional que puncionou e calibre do acesso;
- Salinizar o AVP com SF 0,9% 10 ml com técnica de turbilhamento e fechando o clamp do dispositivo ao final;
- Descartar o lixo;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 67/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Recolher os materiais;
- Higienizar as mãos com água e sabonete;
- Anexar os invólucros da solicitação do material;
- Registrar na anotação de enfermagem o local da punção, cateter utilizado (calibre e quantidade) e número de tentativas;
- Registrar a data de inserção do AVP na aba “Dispositivos” no prontuário eletrônico do paciente.

4.14.2. Cuidados Com Cateteres Venosos (AVP, Mono Lúmen, Duplo Lúmen - CDL, PICC E Port-A-Cath)

Os cateteres venosos periféricos ou centrais demandam necessidade de cuidados que são essenciais para sua manutenção. Salinizar os cateteres com SF0,9% 10 ml antes e depois de administrar cada medicamento garante a permeabilidade do cateter, aumentando assim, a sua vida útil. Cuidar do cateter venoso é papel de todos na equipe, seja a enfermagem no manuseio do cateter, como da farmacêutica que analisa a prescrição médica para evitar a interação de medicamentos que podem ocasionar a obstrução do cateter. A enfermagem tem como função, além de manusear o cateter, orientar todos os cuidados ao paciente e seu acompanhante para evitar contaminações e/ ou trações acidentais do cateter.


4.14.3. Salinização Dos Cateteres Durante Seu Uso (Periférico Ou Central)

A salinização de cateteres deve ser realizada somente com seringa de 10 ml. Seringas de volumes menores podem causar o rompimento do cateter devido sua pressão ser maior no momento da infusão.

Material necessário para salinização do cateter:

- Ampola de SF 0,9% 10 ml (1 ampola para cada lúmen do cateter);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 68/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Seringa de 10 ml (1 seringa para cada lúmen do cateter);
- Agulha 40x12 (1 agulha para cada seringa);
- Sachê de álcool a 70%;
- Tampinha estéril;
- EPI's.

As etapas do procedimento de salinização são:

- Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;
- Preparar material;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Higienizar o *hubb* do cateter, torneirinha ou extensão com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares.
- Retirar a tampinha e higienizar a ponta do lúmen com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares. Pegar um sachê de álcool a 70% novo e repetir o procedimento;
- Aspirar SF 0,9% 10 ml em seringa de 10 ml;
- Conectar a seringa de 10 ml com SF 0,9% no lúmen;
- Injetar aproximadamente 1 ml e aspirar para verificar se há retorno de sangue;
- Fazer um “flush” utilizando a técnica do turbilhonamento, fazendo pressão positiva ao final da infusão e fechar o clamp;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 69/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Fazer desinfecção com sachê de álcool a 70% na ponta do lúmen, realizando fricção 3 vezes;
- Conectar uma tampinha estéril na ponta do lúmen;
- Descartar o lixo;
- Higienizar as mãos com água e sabonete;
- Registrar o procedimento no prontuário do paciente.


4.14.4. Cateter Totalmente Implantado - Port-A-Cath

O cateter totalmente implantado – Port-a-Cath é indicado para infusão de medicamento quimioterápico intermitente ou contínuo e/ou outras terapias intravenosas, a fim de minimizar os riscos de extravasamento da droga e proporcionar maior conforto ao paciente durante a administração da terapia antineoplásica e terapias infusionais, tais como antibióticos (quando autorizado pelo médico que deverá evoluir em prontuário a autorização para punção de Port-a-Cath para terapias intravenosas, exceto as terapias antineoplásicas). A salinização de manutenção do port-a-cath, ou seja, quando o cateter não está puncionado, portanto não está sendo utilizado, deve ser realizada a cada 30 dias e, neste caso somente o enfermeiro pode realizar o procedimento. Os pacientes ambulatoriais deverão ser orientados a agendar o retorno para a salinização em 30 dias na Oncologia 1º andar A.

Os pacientes internados que precisem realizar a salinização de manutenção do port-a-cath, o enfermeiro verificará com o médico assistente se há contraindicações para o procedimento. Nos pacientes internados a punção e salinização de cateter totalmente implantado são realizados privativamente pelo enfermeiro.

4.14.5. Punção Do Port-A-Cath

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 70/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


Material necessário para a punção do port-a-cath:

- 01 kit de Port-a-Cath (pinça e campo fenestrado);
- 02 seringas de 10 ml;
- 02 agulhas 40x12;
- 03 saches de álcool 70%;
- 01 dispositivo de punção tipo Huber (Cytocan G20x20mm);
- 01 saco plástico (para descarte imediato de resíduos);
- 01 película transparente;
- Clorexidina alcoólico 0,5%;
- Clorexidina degermante 2%;
- 01 par de luvas estéreis;
- 03 ampolas de soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%);
- 01 pacote de gaze;
- 01 extensor bifurcado (polifix®).

As etapas do procedimento de punção do port-a-cath são:


- Explicar o procedimento ao paciente, familiar e/ ou responsável legal;
- higienizar as mãos com água e sabonete líquido, conforme técnica preconizada pela instituição;
- Reunir o material necessário, avaliar o local de punção, a área ao redor do cateter e explicar o procedimento ao paciente;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 71/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Em seguida, deverá colocar o gorro e a máscara cirúrgica e higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% e técnica preconizada pela instituição;
- Abrir o kit de Port-a-Cath e colocar em seu interior as seringas, agulhas, dispositivo de punção (Cytocan G20x20mm), gazes, película e polifix;
- Realizar desinfecção das 03 ampolas de SF 0,9% com sache de álcool 70% e abrir com auxílio do sache, mantenha as ampolas fora do campo estéril;
- Calçar uma luva estéril (mão dominante);
- Conectar a agulha de aspiração na seringa sem contaminá-la utilizando o auxílio do campo estéril do kit de punção;
- Com a outra mão sem luva (mão não dominante), segurar as ampolas de SF 0,9% para aspirar (duas ampolas de SF 0,9%);
- Utilizar uma seringa para retirar o ar do polifix;
- Manter as seringas preenchidas com SF 0,9% e o polifix dentro do campo estéril;
- Realizar antissepsia na região do cateter, no sentido centro – periferia, com movimentos circulares, primeiro com gaze umedecida em clorexidina degermante (2x), em seguida utilizar a gaze umedecida em SF 0,9% (2x), secar com uma gaze (1x), aplicar gaze umedecida em clorexidina alcoólico 0,5% (2x), não secar o local;
- Calçar a outra mão (não dominante) com a luva estéril;
- Retirar o ar da seringa e do dispositivo de punção (Cytocan);
- Colocar o campo fenestrado sobre a região que será puncionada;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 72/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Fixar firmemente o reservatório com a mão não dominante e introduzir no centro do reservatório a agulha em ângulo reto (90°) até sentir resistência com a mão dominante;
- Testar o refluxo e a permeabilidade injetando 10 ml SF 0,9% com a técnica de turbilhonamento;
- Desconectar a seringa do dispositivo de punção e conectar o polifix injetando o SF 0,9% restante (flush), clampar o dispositivo de punção ao término da infusão;
- Instalar a película transparente;
- Recolher todo o material utilizado;
- Higienizar as mãos com água e sabão líquido conforme técnica preconizada pela instituição;
- Desprezar todo o material utilizado no expurgo;
- Registrar em prontuário a punção, a permeabilidade do cateter (se está com boa infusão ou resistência), anotar se há refluxo sanguíneo presente e o curativo realizado;
- Anexar invólucros na solicitação do material e colocar no prontuário do paciente.
- Registrar a data de inserção na aba “Dispositivos” no prontuário eletrônico do paciente.

4.14.6. Salinização de Port-a-Cath

Material necessário para a salinização de manutenção do port-a-cath:

- 01 kit de Port-a-Cath (pinça e campo fenestrado);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 73/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- 01 seringas de 10 ml;
- 01 agulhas 40x12;
- 02 saches de álcool 70%;
- 01 dispositivo de punção tipo Huber (Cytocan G20x20mm);
- 01 saco plástico (para descarte imediato de resíduos);
- Clorexidina alcoólico 0,5%;
- Clorexidina degermante 2%;
- 01 par de luvas estéreis;
- 02 ampolas de SF 0,9%;
- 01 pacote de gaze.

A etapas para a salinização de manutenção do port-a-cath são:


- Higienizar as mãos com água e sabão líquido conforme técnica preconizada pela instituição, reunir o material, avaliar o local de punção, a área ao redor do cateter e explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o gorro e a máscara cirúrgica e higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% e técnica preconizada pela instituição;
- Abrir o kit de Port-a-Cath e colocar em seu interior a seringa, agulha, dispositivo de punção (Cytocan) e gazes;
- Realizar desinfecção das 02 ampolas de SF 0,9% com sache de álcool 70% e abrir com auxílio do sache, mantenha as ampolas fora do campo estéril;
- Calçar uma luva estéril (mão dominante);

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 74/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Conectar a agulha de aspiração na seringa sem contaminá-la utilizando o auxílio do campo estéril do kit de punção;
- Com a outra mão sem luva (mão não dominante), segurar uma ampola de SF 0,9% para aspirar;
- Manter a seringa preenchida com SF 0,9% dentro do campo estéril;
- Realizar antisepsia na região do cateter, no sentido centro – periferia, com movimentos circulares, primeiro com gaze umedecida em clorexidina degermante (2x), em seguida utilizar a gaze umedecida em SF 0,9% (2x), secar com uma gaze (1x), aplicar gaze umedecida em clorexidina alcoólico 0,5% (2x), não secar o local;
- Calçar a outra mão (não dominante) com a luva estéril;
- Retirar o ar da seringa e do dispositivo de punção (Cytocan);
- Colocar o campo fenestrado sobre a região que será puncionada;
- Fixar firmemente o reservatório com a mão não dominante e introduzir no centro do reservatório a agulha em ângulo reto (90°) até sentir resistência com a mão dominante;
- Testar o refluxo e a permeabilidade injetando 10 ml SF 0,9% com a técnica de turbilhonamento, realizando pressão positiva ao término da infusão;
- Retirar a agulha e fazer compressão local por 30 segundos;
- Realizar curativo pequeno no local, se necessário;
- Recolher todo o material utilizado;
- Higienizar as mãos com água e sabão líquido conforme técnica preconizada pela instituição;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 75/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Desprezar todo o material utilizado no expurgo;
- Registrar em prontuário a punção, a permeabilidade do cateter (se está com boa infusão ou resistência) e anotar se há refluxo sanguíneo presente;
- Anexar os invólucros na solicitação do material.

4.15. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos deve ser realizada conforme a apresentação do medicamento, podendo ser via oral, parenteral e enteral. A indicação para uma via de administração específica irá variar de acordo com o objetivo esperado, as propriedades e apresentação do medicamento ou as condições clínicas do paciente.


A via de administração enteral compreende as vias oral, sublingual e a retal. Já a via parenteral compreende as vias intravenosa, intramuscular, subcutânea, respiratória e tópica. O Código de Ética de Enfermagem (CEE) Artigo 30, proíbe ao profissional de enfermagem de: “Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos”. Quanto à execução das prescrições médicas pela equipe de enfermagem, especialmente a medicamentosa, o artigo 38 do CEE atribui ao profissional o direito de: “...recusar-se a executar prescrição em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, ou quando não constar a assinatura e o número de registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência”.

Portanto, é de extrema importância padronizar a administração de medicamentos na instituição, cumprindo as diretrizes para a segurança medicamentosa.

O enfermeiro deve sempre supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante a execução do procedimento, realizar o aprazamento de medicamentos, quando necessário e conferir a prescrição médica para certificar-se que os medicamentos foram administrados e checados pelo auxiliar/técnico de enfermagem.

As unidades assistenciais devem realizar a checagem da prescrição médica no

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 76/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

ADEP e imprimir ao final da vigência ou alta/transferência do setor da prescrição o relatório de checagem;

4.15.1. Administração de medicamentos por via oral (VO)


É a via mais utilizada, por apresentar características como a segurança, economia, além da facilidade de administração e não causar dor. Contudo, são contraindicadas para pacientes que apresentam náuseas, vômitos, desacordados ou com dificuldade de deglutição. As apresentações de medicamentos administrados por via oral são os comprimidos, drágeas, cápsulas, xaropes, suspensões e elixires. Possuem absorção intestinal e estomacal, principalmente. As desvantagens desta via são irritação gástrica, difícil controle da quantidade de medicamento absorvido pelo organismo, absorção lenta.

Comprimidos via oral para pacientes em uso de sondas nasogástricas/enterais devem ser dispensados macerados pela farmácia.

As etapas do procedimento de administração de medicamentos por via oral são:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colocar o medicamento em copinho plástico à beira leito;
- Colar etiqueta de identificação do medicamento no copinho;
- Entregar ao paciente e/ ou auxiliar na administração, caso o paciente não consiga levar o medicamento à boca sozinho;
- Oferecer água para auxiliar a deglutição;
- Aguardar o paciente ingerir o medicamento;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica através do ADEP.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 77/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

4.15.2. Administração Por Via Sublingual (SL)

Esses medicamentos são geralmente administrados em emergências, que requer rápida ação, pois são rapidamente absorvidos através da mucosa sublingual. Apresentam-se em comprimidos ou gotas, sendo colocados embaixo da língua, devendo permanecer no local até a sua completa absorção. Exemplos de sua aplicação são casos de hipertensão ou infarto agudo do miocárdio.

O comprimido sublingual não pode ser macerado e/ ou misturado com água. Caso o paciente não consiga colocar o medicamento embaixo da língua sozinho, o auxiliar/técnico de enfermagem deverá auxiliar.


As etapas do procedimento de administração de medicamentos por via SL:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colocar o medicamento em copinho plástico à beira leito;
- Colar etiqueta de identificação do medicamento no copinho;
- Entregar ao paciente e/ ou auxiliar na administração, caso o paciente não consiga levar o medicamento à boca sozinho;
- Orientar o paciente a colocar o medicamento embaixo da língua e que deve aguardar absorção, sem engolir;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica através do ADEP;

4.15.3. Administração De Medicamento Por Via Retal (VR)

Algumas apresentações de medicamentos podem ser administradas por via retal, como o supositório, fleet enema e solução glicerizada gota a gota. A via retal proporciona a absorção do medicamento para efeito local ou sistêmico, dependendo

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 78/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

da sua fórmula.

Para todos os tipos de administração de medicamentos via retal preservar a integridade do paciente, cuidando para que a sua privacidade seja prioridade da equipe


As etapas do procedimento de administração de supositório por VR:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Colocar o paciente lateralizado e com a perna levemente fletida;
- Abrir as nádegas do paciente com uma mão;
- Introduzir o supositório no ânus do paciente;
- Orientar a não fazer força para evacuar, para que o medicamento seja absorvido;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica.

As etapas do procedimento de administração de fleet enema são:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 79/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Colocar o paciente lateralizado e com a perna levemente fletida;
- Abrir as nádegas do paciente com uma mão;
- Introduzir o fleet enema no ânus do paciente;
- Espremer o frasco do medicamento até que todo o líquido tenha sido introduzido;
- Orientar a não fazer força para evacuar, para que o medicamento seja absorvido;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica.

As etapas do procedimento de administração de solução glicerinada gota a gota são:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Colocar o paciente lateralizado e com a perna levemente fletida;
- Abrir as nádegas do paciente com uma mão;
- Conectar o equipo no frasco de solução glicerinada;
- Conectar o equipo na sonda retal;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 80/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Pendurar a solução glicerinada no suporte de soro;
- Aplicar a xilocaína na sonda;
- Introduzir a sonda retal no ânus do paciente;
- Abrir a solução gota a gota para que haja o efeito esperado.
- Orientar a não fazer força para evacuar, para que o medicamento seja absorvido e tentar segurar o máximo possível para evacua
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica.
- Atenção: Caso o paciente necessite ir ao banheiro para evacuar e a solução ainda não tenha acabado, deve-se proteger a sonda retal para reintroduzir quando o paciente retornar e dar continuidade na infusão da solução.


4.15.4. Administração de medicamentos via subcutânea (SC)

Administração de medicamentos sob a pele, no tecido subcutâneo. Os locais de administração incluem as regiões superiores externas dos braços, abdome, região anterior das coxas e superior do dorso. A fim de evitar iatrogenias, os locais de administração devem ser rodiziados. Os medicamentos mais utilizados são a heparina, enoxaparina e insulina, assim como algumas vacinas.

As etapas do procedimento de administração de por via SC são:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 81/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


- Avaliar o local a ser aplicado o medicamento;
- Fazer a antissepsia do local com sachê de álcool a 70%;
- Fazer a prega cutânea;
- Pegar a seringa com o medicamento, certificando-se que a agulha é própria para administração subcutânea;
- Administrar o medicamento com a seringa em ângulo de 90°;
- Aspirar para verificar se pegou algum vaso acidentalmente;
- Injetar o medicamento e retirar a seringa;
- Soltar a prega;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo o local que foi administrado o medicamento;
- Atenção realizar rodízio do local de aplicação.

4.15.5. Administração de medicamento por via intramuscular (IM)

Administração feita diretamente no músculo, indicada para algumas apresentações farmacológicas, tem a finalidade de liberação mais lenta do medicamento ou redução de efeitos colaterais quando administrado via endovenosa (EV). O volume deve ser avaliado, pois irá depender da massa muscular do indivíduo, evitando complicações. Os músculos mais utilizados são o deltoide, vasto lateral da coxa e glúteo, sendo os músculos deltoide e vasto lateral da coxa mais indicados para administração de vacinas, ficando o glúteo o local de escolha para administrações via intramuscular.

As etapas do procedimento de administração de por via IM são:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 82/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Avaliar o local a ser aplicado o medicamento;
- Fazer a antissepsia do local com sachê de álcool a 70%;
- Fazer a prega cutânea;
- Pegar a seringa com o medicamento, certificando-se que a agulha é própria para administração intramuscular (30x7mm);
- Administrar o medicamento com a seringa em ângulo de 90°;
- Aspirar para verificar se atingiu algum vaso sanguíneo acidentalmente;
- Injetar o medicamento e retirar a seringa;
- Soltar a prega;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo o local que foi administrado o medicamento.

4.15.6. Administração de medicamento via endovenosa (EV)

Os medicamentos administrados por via EV consiste na administração diretamente na corrente sanguínea, através necessitam de dispositivo venoso periférico ou central, sendo esses métodos considerados invasivos. São indicados quando a

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 83/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

administração pela via oral não é recomendada e/ ou quando requer rápida ação e absorção dos medicamentos. Pode incluir uma única dose, ser intermitente ou contínua.


Em caso de infusão contínua, controlar rigorosamente o gotejamento para que o medicamento seja infundido no tempo adequado.

Caso seja necessário, o uso de bomba de infusão, o medicamento deverá estar prescrito para administrar em bomba de infusão e a vazão em ml/h.

As etapas do procedimento de administração de por via EV são:


- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Separar o medicamento, água destilada e seringa com quantidade e tamanho de acordo com a diluição padronizada e, agulha 40x12 para aspirar;
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Avaliar a permeabilidade do acesso venoso a ser utilizado (periférico ou central);
- Preparar o medicamento a beira leito, na frente do paciente, informando o nome do medicamento que será administrado;
- Manter a agulha conectada na seringa e o embolo protegido com o invólucro;
- Aspirar 2 ampolas de SF 0,9% 10 ml em seringa de 10 ml;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 84/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Higienizar a tampinha do lúmen do cateter, torneirinha ou extensão com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares.
- Retirar a tampinha e higienizar a ponta do lúmen com sachê de álcool a 70% em movimentos circulares. Pegar um sachê de álcool a 70% novo e repetir o procedimento;
- Conectar a seringa de 10 ml com SF 0,9% no lúmen;
- Injetar aproximadamente 1 ml e aspirar para verificar se há retorno de sangue;
- Fazer um “flush” utilizando a técnica do turbilhonamento, fazendo pressão positiva ao final da infusão e fechar o clamp;
- Administrar o medicamento lentamente e/ ou instalar o medicamento de infusão contínua;
- Conectar a seringa de 10 ml com SF 0,9% no lúmen;
- Injetar aproximadamente 1 ml e aspirar para verificar se há retorno de sangue;
- Fazer um “flush” utilizando a técnica do turbilhonamento, fazendo pressão positiva ao final da infusão e fechar o clamp;
- Fazer desinfecção com sachê de álcool a 70% na ponta do lúmen;
- Conectar uma tampinha estéril na ponta do lúmen;
- Descartar o lixo;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Higienizar as mãos com água e sabonete;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 85/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo o local que foi administrado o medicamento.


4.15.7. Administração de medicamento via inalatória

A via inalatória consiste na administração de medicamentos na forma de nebulização ou pó inalatório, geralmente com efeito local, como os descongestionante nasal ou sistêmico e antiasmático. Os medicamentos se apresentam na forma de gás, pós ou líquido para uso em aerossol, o qual o medicamento é aspirado pelas fossas nasais ou pela boca, percorrendo até os brônquios e desenvolvendo a sua ação.

As etapas do procedimento de administração de por via inalatória são:

- Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos;
- Separar o medicamento,
- Colar etiqueta de identificação no medicamento;
- Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com os EPI's;
- Preparar o medicamento a beira leito, na frente do paciente, informando o nome do medicamento que será administrado;
- Preparar o aparelho para inalação ou nebulização (aerossol), colocar o medicamento no local recomendado do aparelho;
- Colocar a máscara de inalação ou nebulização (aerossol), contemplando boca

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 86/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

e nariz;


- Manter no paciente, pelo tempo recomendado para o medicamento;
- Dispor a máscara utilizada no expurgo para recolhimento posterior pela equipe da Central de Materiais e Esterilização (CME);
- Higienizar as mãos com água e sabonete;
- Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo o local que foi administrado o medicamento.
- Para administração de medicamentos que usem “bombinha”, o seu uso é individual. Realizar a higienização do aplicador após o uso.

4.15.8. Administração de medicamentos por via ocular, intranasal, auricular e vaginal

Os medicamentos indicados para administração por estas vias, são aplicados diretamente no local. Na via ocular, os medicamentos se apresentam nas formas de colírio ou pomadas. As formulações para via intranasal, incluindo os descongestionantes nasais estão na forma de solução que podem ser spray ou gotas. Para a via auricular, os medicamentos otológicos geralmente são em gotas aplicados diretamente no ouvido. A via vaginal é utilizada para a administração de medicamentos para tratamento de infecções local, em sua maioria comprimido ou em forma de pomada.


Tabela 1. Etapas do procedimento de administração de por via ocular:

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 87/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar o técnico/ auxiliar de enfermagem durante a execução do procedimento; • Realizar o aprazamento de medicamentos, quando necessário; • Conferir a prescrição médica para certificar-se que os medicamentos foram administrados e checados pelo técnico de enfermagem. 	<p>Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.</p>
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos; • Colar etiqueta de identificação no medicamento; • Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento; • Higienizar as mãos; • Paramentar-se com os EPI's; • Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça levemente estendida para trás; • Aplicar o colírio ou a pomada conforme a prescrição médica; • Orientar o paciente a permanecer com os olhos fechados por aproximadamente 1 minuto; • Retornar a paciente para uma posição confortável; 	<p>É possível que seja necessário o uso do medicamento em apenas um dos olhos, portanto é extremamente importante conferir a prescrição médica antes da aplicação.</p>

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 88/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar o resíduo no lixo; • Higienizar as mãos; • Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica. 	
--	---	--

Tabela 2. Etapas do procedimento de administração de por via intranasal:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante a execução do procedimento; • Realizar o aprazamento de medicamentos, quando necessário; • Conferir a prescrição médica para certificar-se que os medicamentos foram administrados e checados pelo técnico/auxiliar de enfermagem. 	Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos; • Colar etiqueta de identificação no medicamento; • Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento; • Higienizar as mãos; • Paramentar-se com os EPI's; • Pressionar uma narina ocluindo-a e aplicar o spray ou as gotas conforme a prescrição 	Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 89/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<p>médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir o passo anterior para a outra narina; • Retornar a paciente para uma posição confortável; • Descartar o resíduo no lixo; • Higienizar as mãos; • Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica. 	
--	--	--

Tabela 3. Etapas do procedimento de administração de por via auricular:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante a execução do procedimento; • Realizar o aprazamento de medicamentos, quando necessário; • Conferir a prescrição médica para certificar-se que os medicamentos foram administrados e checados pelo técnico/ auxiliar de enfermagem. 	<p>Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.</p>
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração estão corretos; • Colar etiqueta de identificação no medicamento; • Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento; 	<p>É possível que seja necessário o uso do medicamento em apenas um dos ouvidos, portanto é extremamente importante conferir a prescrição médica antes da aplicação.</p>

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 90/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Paramentar-se com os EPI's; • Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça levemente virada para o lado; • Aplicar o medicamento no ouvido indicado, conforme a prescrição médica; • Repetir o passo anterior, se estiver prescrito pelo médico para aplicar nos dois ouvidos; • Retornar a paciente para uma posição confortável; • Descartar o resíduo no lixo; • Higienizar as mãos; • Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica. 	
--	--	--

Tabela 4. Etapas do procedimento de administração de por via auricular:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<p>Supervisionar o auxiliar/técnico de enfermagem durante a execução do procedimento;</p> <p>Realizar o aprazamento de medicamentos, quando necessário;</p> <p>Conferir a prescrição médica para certificar-se que os medicamentos foram administrados e checados pelo Técnico/ auxiliar de enfermagem.</p>	<p>Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.</p> <p>Preservar a integridade da paciente, respeitando-a quando desejar que o procedimento seja realizado por profissionais mulheres.</p>
Técnico/ auxiliar	<p>Conferir a prescrição médica para certificar-se que o medicamento, dose e via de administração</p>	

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 91/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

de enfermagem	<p>estão corretos;</p> <p>Colar etiqueta de identificação no medicamento;</p> <p>Explicar ao paciente, familiar e/ ou responsável legal o procedimento;</p> <p>Higienizar as mãos;</p> <p>Paramentar-se com os EPI's;</p> <p>Colocar a paciente em posição ginecológica e com a perna levemente fletida;</p> <p>Abrir os grandes lábios com cuidado e introduzir o aplicador com a pomada na vagina da paciente;</p> <p>Injetar todo o conteúdo do aplicador e retirá-lo com cuidado;</p> <p>Retornar a paciente para uma posição confortável;</p> <p>Descartar o resíduo no lixo;</p> <p>Higienizar as mãos;</p> <p>Realizar a checagem do medicamento na prescrição médica.</p>	<p>Explicar para a paciente o procedimento que será realizado.</p> <p>Preservar a integridade da paciente, respeitando-a quando desejar que o procedimento seja realizado por profissionais mulheres.</p>
---------------	---	---

4.15.9. Administração de quimioterápicos antineoplásicos

Quimioterapia (QT) é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças como o câncer. Alguns protocolos de tratamento com Terapia Antineoplásica (TA) incluem a administração de anticorpos monoclonais e hormonioterapia. A administração dos medicamentos pode ser: por via endovenosa, subcutânea, intramuscular, oral e intratecal. A administração dos

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 92/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

quimioterápicos é exclusiva do enfermeiro, exceto por via intratecal que só pode ser administrada por médico. A manipulação dos medicamentos quimioterápicos é exclusiva do farmacêutico capacitado e é realizada em local próprio equipado com capela de fluxo laminar e temperatura ambiente controlada. Pacientes em cuidados paliativos, em alguns casos, podem receber o medicamento quimioterápico por via SNE. Em caso de necessidade de macerar o comprimido quimioterápico, o enfermeiro deverá comunicar à farmacêutica. A farmacêutica manipulará o medicamento e encaminhará ao setor para ser administrada pelo enfermeiro.

A maceração de comprimidos quimioterápicos pode reduzir a biodisponibilidade do medicamento, sendo assim, a administração por via SNE ou VO diluída, deve ser discutida com o médico.

O profissional enfermeiro deve se paramentar utilizando os seguintes EPI's:

- Gorro: protege contra partículas que possam contaminar os profissionais e contaminação com a queda de cabelos ou outros componentes em materiais do trabalho;
- Óculos: protege o profissional de contaminação em casos de risco biológico;
- Máscara de carvão ativado: protege o profissional de contaminação por inalação de quimioterápicos antineoplásicos;
- Avental impermeável (capote impermeável): protege o profissional contra partículas que possam causar contaminação;
- Luva de procedimento;

Tabela 5. Etapas do procedimento de administração de QT por via EV:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
-------------	--------------	---------

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 15/10/2021

Ult. Revisão: 06/05/2024

Vencimento: 06/05/2026

Versão: 03

Nº Páginas: 93/108

PROCEDIMENTO GERAL

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03

Enfermeiro

- Conferir o rótulo da quimioterapia com a prescrição médica no momento da sua chegada da farmácia antes da instalação no paciente;
- Certificar-se que a pré medicação foi realizada, quando houver;
- Instalar a quimioterapia na bomba de infusão e programa vazão conforme prescrição médica;
- Realizar a checagem da quimioterapia em prescrição médica;
- Registrar a instalação em prontuário;
- Realizar inspeção do acesso venoso (periférico ou central) a cada 15 min., observando sinais/sintomas de extravasamento e verificar refluxo sanguíneo;
- Testar fluxo com solução salina e refluxo sanguíneo antes da instalação da droga;
- Instalar 100 ou 250 ml de SF 0,9% (a critério médico) após o término de todas as drogas;
- Pausar a infusão e abrir um SF 0,9% para manter o acesso venoso em caso de deambulação em paciente com acesso venoso periférico;
- Ao término da quimioterapia, paramentar-se com os EPI's;
- Fechar o equipo;
- Desligar a bomba de infusão (quando houver), coloca em saco plástico e descarta no lixo tóxico.

A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento.

Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do técnico, conforme a sua paramentação.

Elaboração e Revisão:


Enf.ª Simone Amparado
Gerente de Enfermagem

Validação:

Enf.ª Vaneska Tainá
Qualidade

Aprovação:

Enf. Drielly Costa
Coordenadora da Qualidade


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 94/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicação pré-QT; • Monitorar a infusão do quimioterápico; • Observar sinais de reação infusional; • Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência; • Anexar os invólucros na prescrição médica. 	Realizar a dupla checagem com o enfermeiro, sempre que necessário. Paramentar-se com os EPI's, caso seja necessário realizar a dupla checagem com o enfermeiro.
---------------------------------	--	--

Tabela 6. Etapas do procedimento de administração de QT por via SC e IM:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros (as) conferem o rótulo da quimioterapia com a prescrição médica no momento da sua chegada da farmácia antes da instalação no paciente; • Enfermeiros (as) certificam-se que a pré medicação foi realizada, quando houver; • Enfermeiros (as) realizam a prega cutânea e administra a quimioterapia via subcutânea e/ ou intramuscular, conforme prescrição médica; • Enfermeiros (as) realizam a checagem da quimioterapia em prescrição médica e registra a administração em prontuário; • Ao término da administração da quimioterapia, o enfermeiro coloca em saco plástico pequeno e descarta na caixa de perfuro cortante. 	A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento. Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do técnico, conforme a sua paramentação.
Técnico/ auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais de reação infusional; 	Realizar a dupla checagem

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 95/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência. 	<p>com o enfermeiro, sempre que necessário.</p> <p>Paramentar-se com os EPI's, caso seja necessário realizar a dupla checagem com o enfermeiro.</p>
---------------	--	---

Tabela 7. Etapas do procedimento de administração de QT por VO:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
L Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros (as) paramentam-se com os EPI's: gorro, óculos, máscara de carvão ativado e luva de procedimento; Enfermeiros (as) conferem o rótulo da quimioterapia com a prescrição médica no momento da sua chegada da farmácia antes da instalação no paciente; Enfermeiros (as) certificam-se que a pré medicação foi realizada, quando houver; Enfermeiros (as) realizam a administração por via oral, conforme prescrição médica e observa o paciente durante a ingestão do medicamento; Enfermeiros (as) realizam a checagem da quimioterapia em prescrição médica e registra a administração em prontuário; Ao término da administração da 	<p>A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento.</p> <p>Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do técnico, conforme a sua paramentação.</p>

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 96/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<p>quimioterapia, o enfermeiro deve descartar a embalagem em saco plástico pequeno e lixo tóxico.</p>	
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais de reação infusional; • Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência. 	<p>Realizar a dupla checagem com o enfermeiro, sempre que necessário.</p> <p>Paramentar-se com os EPI's, caso seja necessário realizar a dupla checagem com o enfermeiro.</p>

Tabela 8. Etapas do procedimento de administração de QT por SNE:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros (as) paramentam-se com os EPI's: gorro, óculos, máscara de carvão ativado, avental impermeável e luva de procedimento; • Enfermeiros (as) conferem o rótulo da quimioterapia com a prescrição médica no momento da sua chegada da farmácia antes da instalação no paciente; • Enfermeiros (as) certificam-se que a pré medicação foi realizada, quando houver; • Enfermeiros (as) realizam a lavagem da SNE com 20 ml de água filtrada, administra o medicamento quimioterápico, ao término, realiza novamente a lavagem da SNE com 20 	<p>A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento.</p> <p>Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um auxiliar/técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do auxiliar/técnico, conforme a sua paramentação.</p>

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 97/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	ml de água filtrada; <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros (as) realizam a checagem da quimioterapia em prescrição médica e registra a administração em prontuário; Ao término da administração da quimioterapia, o enfermeiro descarta a embalagem em saco plástico pequeno e lixo tóxico. 	
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Observar sinais de reação infusional; Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência. 	Realizar a dupla checagem com o enfermeiro, sempre que necessário. Paramentar-se com os EPI's, caso seja necessário realizar a dupla checagem com o enfermeiro.


- Auxílio na administração por via intratecal (IT) - administração exclusiva pelo médico no centro cirúrgico;

A administração de quimioterápicos antineoplásicos por via intratecal é exclusiva do médico, entretanto a enfermagem tem papel importante após o procedimento e se faz necessária para auxiliar o médico em alguns casos.

Tabela 9. Auxílio na administração de QT por via Intratecal:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro ou técnico/auxiliar de	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar no procedimento; Paramentar-se com os EPI's: gorro, 	A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 98/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

enfermagem	óculos, máscara de carvão ativado, avental impermeável e luva de procedimento, conforme; <ul style="list-style-type: none"> • Preparar o material a ser utilizado, posicionar o paciente no leito, monitorar e auxiliar o médico durante o procedimento, quando solicitado; • Orientar o paciente a manter repouso por 2 horas em decúbito dorsal, com a cabeceira 0º, para prevenção de cefaleia. • Observar sinais de reação infusional; • Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência. 	medicamento.
------------	---	--------------

Monitoramento de reações adversas à quimioterápicos antineoplásicos:

A quimioterapia pode causar reações adversas e por este motivo é indicado o uso de medicamentos antes da infusão, chamados pré-QT, que podem ser antialérgicos, antieméticos, corticoides e anti-inflamatórios, bem como pode ser necessário aumento da hidratação. Os principais sinais e sintomas que o paciente pode apresentar são: rush cutâneo (vermelhidão), hipotensão, desconforto respiratório, taquipneia, taquicardia e dor torácica. Em caso de reação adversa, deve-se pausar imediatamente a infusão da quimioterapia e acionar o médico plantonista.

Tabela 10. Etapas de como monitorar as reações adversas à quimioterápico antineoplásicos:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
-------------	--------------	---------

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 15/10/2021

Ult. Revisão: 06/05/2024

Vencimento: 06/05/2026

Versão: 03

Nº Páginas: 99/108

PROCEDIMENTO GERAL

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03

Enfermeiro e Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Monitorar rigorosamente a infusão de quimioterápicos antineoplásicos;• Observar sinais e sintomas de reação adversa ao quimioterápico;• Em caso de reação adversa, pausar imediatamente a infusão da quimioterapia;• Acionar o médico plantonista;• Monitorizar o paciente;• Realizar as medidas prescritas pelo médico;• Estabilizar o paciente;• Comunicar a reação adversa à farmacêutica de plantão;• Registrar a reação adversa no prontuário do paciente, colocando o nome do medicamento, quantidade aproximada infundida, tempo de infusão do medicamento e as intervenções realizadas;• Notificar no sistema a reação adversa.	A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento. Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do técnico/auxiliar, conforme a sua paramentação.
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">• Realizar contato com o médico assistente ou médico da equipe que acompanha o paciente para avaliar a continuidade da infusão ou suspensão da dose ou ciclo;• Reprogramar a infusão da	

Elaboração e Revisão:


Enf.ª Simone Amparado
Gerente de Enfermagem

Validação:

Enf.ª Vaneska Tainá
Qualidade

Aprovação:

Enf. Drielly Costa
Coordenadora da Qualidade

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 100/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	quimioterapia, caso seja autorizado pelo médico; <ul style="list-style-type: none"> • Paramentar-se com os EPI's, caso necessite desinstalar a quimioterapia; • Desinstalar a quimioterapia, caso seja suspensa pelo médico. 	
--	--	--


Extravasamento de quimioterápicos:

Durante o processo de administração da QT por via endovenosa (EV) por meio de cateter venoso central (CVC) ou acesso venoso periférico (AVP), pode ocorrer extravasamento de QT. O extravasamento é caracterizado por edema no local ou próximo da punção, dor, queimação, calor e hiperemia (vermelhidão). Ao suspeitar e/ ou identificar extravasamento, deve-se pausar imediatamente a infusão da QT e seguir o POP de extravasamento de quimioterápicos: prevenção e tratamento.

Tabela 11. Etapas de como monitorar as reações adversas à quimioterápico antineoplásicos:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Pausar imediatamente a infusão do quimioterápico; • Avaliar o local com suspeita de extravasamento; • Verificar o nome do quimioterápico que estava infundindo no momento da suspeita e o tempo de infusão; • Avaliar se há possibilidade de realizar 	<p>A dupla checagem é obrigatória, pois assegura a infusão correta do medicamento.</p> <p>Caso seja necessário realizar a dupla checagem com um técnico de enfermagem, o enfermeiro deve orientar a paramentação do</p>

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 101/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	


	nova punção periférica ou passagem de cateter central para retomar a infusão do quimioterápico; <ul style="list-style-type: none"> • Acionar o médico plantonista para prescrever o medicamento indicado e passagem de cateter central, se necessário. 	técnico/auxiliar, conforme a sua paramentação.
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais de reação infusional; • Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência. 	Realizar a dupla checagem com o enfermeiro, sempre que necessário. Paramentar-se com os EPI's, caso seja necessário realizar a dupla checagem com o enfermeiro.

Derramamento acidental de quimioterápicos: durante o processo de preparo, administração e transporte do quimioterápico antineoplásico pode ocorrer derramamento acidental que é quando cai o medicamento no paciente, profissional, mobília e chão.

Tabela 13. Procedimentos para derramamento de quimioterápico

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro e Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Paramentar-se com os EPI's; • Identificar o local do derramamento e 	É recomendado que o profissional que identificou o derramamento, seja o

Elaboração e Revisão: Enf. ^a Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 102/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	fazer o bloqueio (fechar a roldana do equipo, por exemplo); <ul style="list-style-type: none"> • Conter o extravasamento, conforme o POP de derramamento de quimioterápicos. 	mesmo que irá realizar o processo de contenção, mas para isso é necessário que o profissional seja treinado e tenha segurança para exercer esta atividade, a fim de evitar danos a ele e a terceiros.
--	---	---

4.16. RETIRADA DE PONTOS

Pacientes em pós-operatório podem apresentar suturas no local da cirurgia realizadas com fio de nylon, sendo necessária sua retirada posterior. A retirada de pontos deve ser realizada somente com indicação médica e deve constar na prescrição médica ou conduta na evolução médica.

Materiais necessários para a retirada de pontos:

- EPI's;
- Lâmina de bisturi;
- Fita microporosa;
- Tesoura;
- Gazes;
- Ampola de Solução fisiológica 0,9%;
- Kit curativo;
- Clorexidina aquosa 2%;

Tabela 14. Etapas do procedimento para a retirada de pontos

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--



HOSPITAL PORTO DIAS

Data 1ª versão: 15/10/2021

Ult. Revisão: 06/05/2024

Vencimento: 06/05/2026

Versão: 03

Nº Páginas: 103/108

**PROCEDIMENTO
GERAL**

**PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM
HPD-GE-PG-03**

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">• Supervisionar o técnico/ auxiliar de enfermagem na execução do procedimento e checagem da prescrição médica;• Assegurar o registro adequado no prontuário do paciente.	<p>É importante avaliar a ferida antes de retirar os pontos, pois pode haver complicações como deiscências, por exemplo.</p> <p>Caso identifique alterações importantes na ferida operatória, encaminhar o paciente para consulta com o médico responsável.</p>
Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Explicar o procedimento ao procedimento ao paciente;• Preparar material;• Higienizar as mãos;• Paramentar-se com os EPI's;• Abrir o kit curativo com técnica asséptica, colocando cabo da pinça e tesoura voltadas para a borda proximal do campo;• Retirar o curativo do local;• Realizar antissepsia do local de retirada de pontos;• Umedecer a gaze com clorexidina;• realizar a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada) e, em seguida, promover a limpeza da mesma forma utilizando outra gaze umedecida com	<p>Caso identifique alterações na ferida operatória, comunicar imediatamente o enfermeiro.</p>

Elaboração e Revisão:


Enf.^a Simone Amparado
Gerente de Enfermagem

Validação:

Enf.^a Vaneska Tainá
Qualidade

Aprovação:

Enf. Drielly Costa
Coordenadora da Qualidade

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 104/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<p>SF 0,9%;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em feridas limpas, a limpeza é realizada de dentro para fora. • Segurar com a mão não dominante e com auxílio da pinça, o ponto cirúrgico; • Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo com a mão dominante utilizando a lâmina de bisturi em um dos lados rente à pele; • Armazenar os pontos retirados sobre uma gaze e desprezá-los na badeja auxiliar ou saco de lixo; • Comprimir levemente o local de retirada com gaze seca, se necessário; • Desprezar o material utilizado em local apropriado; • Retirar ordenadamente os EPIs; • Higienizar as mãos; • Registrar o procedimento e anexar ao prontuário do paciente. 	
--	--	--


4.17. COLOCAÇÃO DE LUYA ESTÉRIL

Evitar a transmissão de patógenos ao paciente pelo contato direto ou indireto, prevenindo infecções hospitalares. A técnica correta de retirada também previne contaminação do profissional.

Materiais necessários para a colocação de luva estéril:

- Par de luvas estéril;

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 105/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

- Bancada para apoio

Tabela 15. Etapas do procedimento para a colocação de luva estéril:

RESPONSÁVEL	PROCEDIMENTO	ATENÇÃO
Enfermeiro e Técnico/ auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar higienização das mãos • Organizar Campo estéril • Abrir a embalagem das luvas sem contaminá-las, tocando apenas a parte externa do pacote. • Levantar a luva a ser calçada com a mão oposta, fazendo uma pinça com o polegar e indicador, e tocando somente na parte inferior da dobra do punho. • Calçar a luva com a palma da mão voltada para cima e os dedos unidos, mantendo a distância do campo estéril, do próprio corpo e de qualquer fonte de contaminação. • Colocar os dedos da mão enluvada (exceto o polegar) na parte interna da dobra do punho da segunda luva, expondo sua abertura. • Palma da mão voltada para cima • Desfazer a dobra do punho com os dedos unidos e tocando somente na parte interna da dobra do punho. • Ajustar as luvas. • Procedimento para retirar luvas: • Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo 	Se procedimento não realizado de forma correta. Haverá possível contaminação.

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 106/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

	<ul style="list-style-type: none"> • Com a mão oposta enluvada, segurar a face externa da luva, na altura do punho • Tracionar a luva para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso • Prender a luva na mão que ainda está enluvada • Segurar a face interna da luva da outra mão com a mão desenluvada, na altura do punho. • Tracionar a luva com o mesmo movimento anterior, retirando-a de forma que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro. <p style="margin-left: 40px;">Desprezar as luvas.</p> <p style="margin-left: 40px;">Realizar a higienização das mãos.</p>	
--	---	--


5. REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT. NBR 13370, de 25 de setembro de 2017.

FERREIRA, AR; et al. Medidas de biossegurança na administração de quimioterapia antineoplásica: conhecimento dos enfermeiros. Revista Brasileira Cancerologia; 62(2): 137-145, abr.-jun. 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v02/pdf/06-artigo-medidas-de-biosseguranca-na-administracao-de-quimioterapia-antineoplasica-conhecimento-dos-enfermeiros.pdf

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 107/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

MOZACHI, N. O hospital: manual de ambiente hospitalar. 4 ed. Curitiba: os autores, 2017.

OLIVEIRA, R.G. Blackbook: Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

Procedimento Geral da Central de Material e Esterilização (HPD-CME-PG 1).

RIBEIRO TS, SANTOS VO. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica: uma revisão integrativa. 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/09-revisao-de-literatura-seguranca-do-paciente-na-administracao-de-quimioterapia-antineoplasica-uma-revisao-integrativa.pdf.

SOBECC, Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento para saúde. 7ªed. São Paulo, 2017.

6. ANEXOS

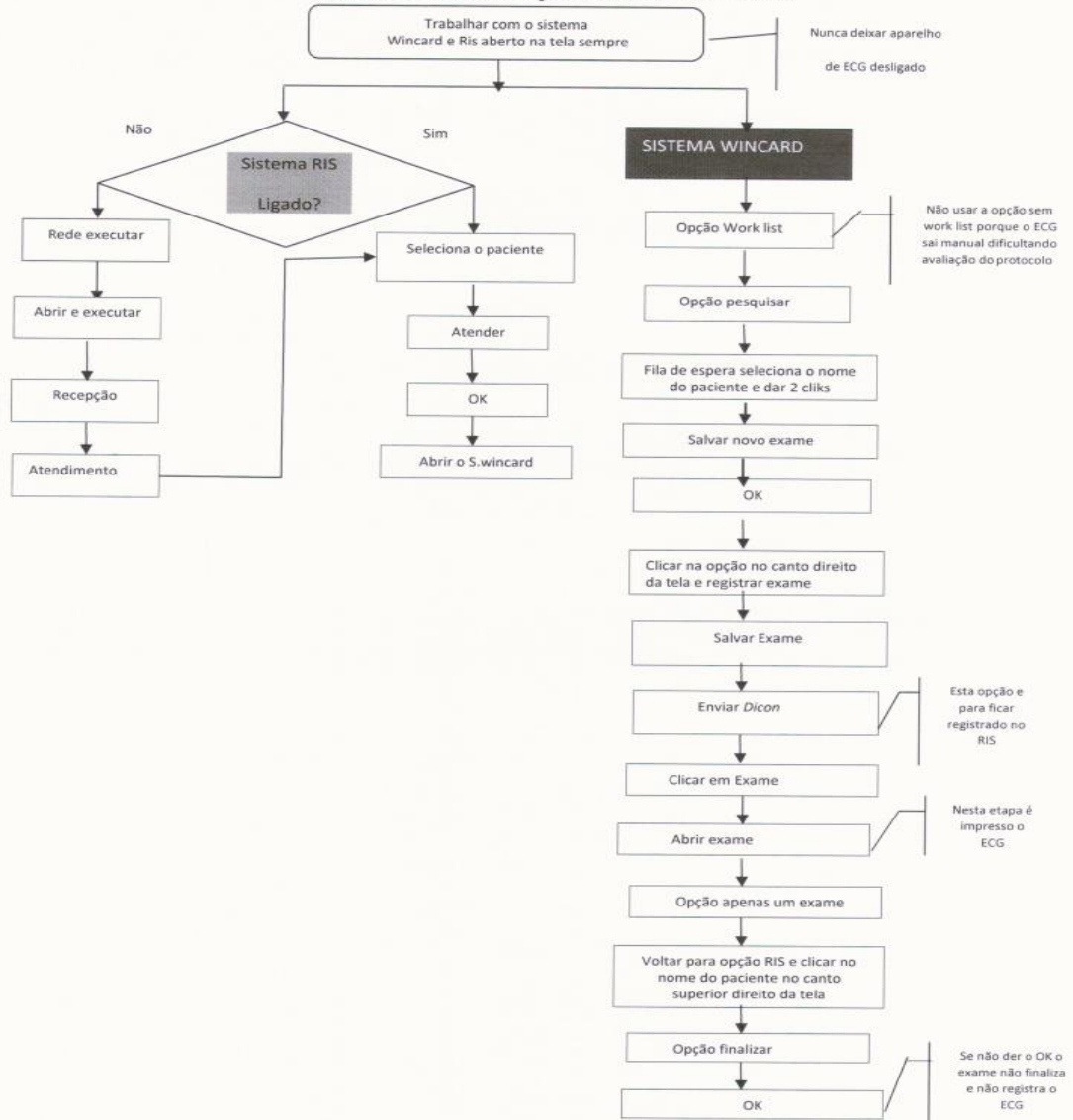
Figura 1: Fluxograma De Realização Do ECG Digital

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--

PROCEDIMENTO
GERAL

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM
HPD-GE-PG-03

FLUXO DE REALIZAÇÃO DO ECG DIGITAL




OBSERVAÇÃO:

- Para realizar o ECG tem que ser registrado na recepção e quando acontecer medico não precisa fazer nova solicitação apenas carimbar o ECG.
- Quando o paciente vier pelo fluxo 02 do enfermeiro ou pelo fluxo 03 medico o técnico tem que ir imediatamente à recepção mandar registrar ECG para não utilizar a opção sem work list, pois esta opção só poderá ser utilizada se for finalizado e o medico solicitar por motivo de interferência no exame ou realizar D2 longo.
- O técnico do acolhimento solicitará ao enfermeiro da sala de grave para imprimir o relatório de dor no peito e avaliar junto ao enfermeiro os motivos dos eletros realizados acima de 10 min.

Elaboração e Revisão:
Enf.^a Simone Amparado
Gerente de Enfermagem

Validação:
Enf.^a Vaneska Tainá
Qualidade

Aprovação:
Enf. Drielly Costa
Coordenadora da Qualidade

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 15/10/2021
		Ult. Revisão: 06/05/2024
		Vencimento: 06/05/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 109/108
PROCEDIMENTO GERAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM HPD-GE-PG-03	

7. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial do documento.	01	15/10/2021
Revisão geral conforme prazo definido na norma zero	02	16/10/2023
Revisão geral para inclusão do profissional auxiliar de enfermagem nas descrições dos procedimentos	03	06/05/2024

Elaboração e Revisão: Enf.ª Simone Amparado Gerente de Enfermagem	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	--