



# **HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ**

## **PROPOSTA DE TRABALHO**

### **PASTA III**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**  
**Processo nº 202300010051875**  
**Chamamento Público nº 06/2024**

### **5.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR**

#### **5.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO, NÃO MÉDICO E TÉCNICO POR ÁREA DE ATENÇÃO/ATIVIDADE:**

**5.3.1.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário – a Planilha de Pessoal Médico** encontra-se na Pasta IV, ANEXO IV, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

**5.3.1.2. Apresentação de quadro de pessoal não médico e técnico por área de atenção e de atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário – a Planilha de Pessoal não Médico e Técnico** encontra-se na Pasta IV, ANEXO IV, parte integrante desta Proposta de Trabalho.

### **5.3.2. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO**

O exercício das atividades médicas pressopõem diretrizes definidas pela legislação pertinente ao Conselho de Classe e ao Ministério da Saúde e devem respeitar os princípios de:

- Conduta ética prevista no Código de Ética Médica;
- Respeito aos princípios do SUS quanto à universalidade de acesso, equidade e integralidade de assistência, bem como o PNH;
- Adoção de postura compatível com as diretrizes do Hospital tais como: uso de crachá de identificação, respeito aos horários e turnos de trabalho definidos, uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs quando indicado, utilização da padronização institucional de medicamentos, materiais e insumos;
- Desenvolvimento do trabalho pautado no Projeto Terapêutico Singular – PTS;
- Preenchimento correto com data, assinatura e carimbo nos documentos, prontuário e formulários da Instituição;
- Registro em Prontuário de informações completas sobre o diagnóstico, tratamento, exames complementares e anotações indispensáveis ao acompanhamento do paciente;
- Colaborar a Gestão da Instituição, Equipe Multiprofissional e Comissões conforme saber e expertise de sua especialidade.

Ainda há que se considerar a necessidade da Equipe Médica dispensar tratamento cordial, empático, educado, colaborativo e com respeito a diversidades das equipes de trabalho, usuários e acompanhantes, bem como contribuir para a disseminação do conhecimento através do trabalho compartilhado multiprofissional e interprofissional.

A organização das atividades médicas requer a implementação de instrumentos de trabalho que permitam o acompanhamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados. Desta forma, os Protocolos Operacionais Padrão – POP's constituem importante ferramenta para organização do Corpo Clínico nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo à passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas condutas e tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada pela Equipe de Multidisciplinar que compõe o Núcleo de Qualidade do IGA com base nas diretrizes e normatizações do MS, Conselhos de Classe e Associações de Especialistas. Ressaltamos que todos os Protocolos serão revisados e adequados à realidade dos Serviços do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, no primeiro trimestre de vigência do contrato.

## **ROTINAS OPERACIONAIS DA EQUIPE MÉDICA NO AMBULATÓRIO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA e UTI's**

A Equipe Médica, nas suas diversas especialidade, estará subordinada ao Coordenador Médico do Serviço de Urgência/Emergência e ao Diretor Técnico do HEJ. A sequência e passos a serem seguidos no atendimento médico ao paciente no Serviço de Urgência/Emergência compreendem:

1. Após admissão e ACCR, recepcionar e avaliar o paciente contemplando anamnese através de coleta da história clínica detalhada e realizar exame físico minucioso;
2. Solicitar e encaminhar o paciente para exames complementares e/ou procedimentos intervencionistas que julgarem necessários;
3. Solicitar interconsultas que se façam necessárias e estejam disponibilizadas no Hospital;
4. Realizar prescrição médica indicada a cada caso;
5. Reavaliar o paciente, conforme indicação;
6. Manter o paciente e acompanhante, sempre informados sobre seu estado de saúde e propostas de cuidado;
7. Avaliar indicação de alta para o domicílio, observação, internação na Unidade ou encaminhamento para a Rede Especializada;
8. No caso de alta para domicílio: fazer orientações e e fornecer receita de medicações orais;
9. No caso de observação: fazer avaliação periódica e indicar novas medicações, exames e procedimentos cabíveis. É importante salientar que a permanência do paciente nos leitos de observação só serão considerados em período igual ou inferior a 24hs;
10. No caso de internação no próprio Hospital: definir a especialidade a ser encaminhado, fazer evolução e prescrição após a última avaliação, comunicar o internamento à equipe multiprofissional para adoção de medidas e encaminhar para sala de observação onde permanecerá enquanto aguarda leito;
11. No caso de Regulação para a Rede de Atenção à Saúde: encaminhar solicitação ao NIR, orientar o paciente e/ou familiar e fazer relatório completo, conforme definido pela SES/GO.

## **PROTOSCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA EM AMBULATÓRIO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

### **PROCEDIMENTO: Diagnóstico em Medicina**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Identificar doenças, condição física ou mental, com base nos sintomas;
- Elaborar o plano terapêutico e prever as manifestações no futuro.

253

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário do Pacientes.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Realizar consulta médica;
- Colher histórico clínico;
- Realizar exame físico;
- Solicitar exames complementares (laboratoriais e de imagem);
- Sintetizar diagnóstico em uma ou mais doenças;
- Prescrever tratamento;
- Explicar e orientar ao paciente sobre diagnóstico e tratamentos necessário.

### **CUIDADOS**

- Estabelecer o Diagnóstico Diferencial para identificar a patologia principal e as secundárias;
- Estabelecer o Diagnóstico Provisório até confirmação do quadro clínico e definição do Diagnóstico Definitivo, se couber.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Solicitar interconsultorias para esclarecimento diagnóstico;
- Prescrever tratamento específico e adequado;
- Encaminhar o paciente a serviço de referência, quando da impossibilidade de definir diagnóstico na Unidade.

## **PROCEDIMENTO: Atendimento a Dor Torácica**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Padronizar e garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes com dor torácica de forma objetiva e rápida.

254

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

- Prontuário do Paciente;
- Monitor Multiparamétrico;
- Material descartável e medicamentos.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Coletar dados e Sinais Vitais do paciente:
  - Pressão arterial (PA),
  - Frequência cardíaca (FC),
  - Frequência respiratória (FR) e
  - Saturação.
- Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo o fluxograma do Protocolo de ACCR. Sempre perguntar se possui alergia a algum tipo de medicamento e/ou substância.
- Verificar a presença dos sinais e sintomas que caracterizam uma dor torácica típica:
  - Caráter da dor;
  - Localização da dor;
  - Fatores desencadeantes;
- Classificação de risco para dor torácica;
- Avaliar queixa principal:
  - Aperto/Pressão/ Queimação (Risco Laranja);
  - Irradiação para MSE (Risco Laranja);
  - Acompanhada de dispneia (Risco Laranja);
  - Dor precordial.
- Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de maior risco:
  - Hipotensão arterial (PA sistólica 120 bpm);
  - Rebaixamento do nível de consciência;
  - Taquipneia (FR .45 IRPM) SAT <92%.
- Realizar Raio-x Torác, ECG (se constatado dor típica),
- Ecocardiograma e exames laboratoriais (enzimas cardíacas).
- Avaliar exames e estabelecer conduta de acordo com os resultados e solicitar parecer da Cardiologia, após exames.

### **CUIDADOS**

- Monitorizar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso
- Definir etiologia da dor torácica.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Solicitar interconsultorias para esclarecimento diagnóstico;
- Prescrever tratamento específico e adequado;
- Encaminhar o paciente a serviço de referência, quando da impossibilidade de definir diagnóstico na Unidade.

## **PROCEDIMENTO: Atendimento a Pneumonias**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Estabelecer plano terapêutico para pneumonia.

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

- Prontuário do Paciente;
- Monitor Multiparamétrico;
- Material descartável e medicamentos.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Realizar anamnese: avaliação clínica e histórico do paciente; Idade do paciente; duração dos sintomas; IVAS recente; sintomas associados; pneumonia recorrente; uso prévio de antibióticos; condição vacinal; contactantes doentes; presença de tosse, dor torácica, dispneia; sinais de esforço respiratório na ausência de estridor ou sibilos.
- Realizar exame físico: cor, padrão respiratório, estado de consciência (se qualquer um deles alterado, o paciente deve ser atendido em leito ou emergência e o tratamento guiado pela avaliação primária sistematizada).
- Fazer diagnóstico de pneumonia provável em pacientes com
- febre, dispnéia, tosse e alteração do estado geral.
- Investigar sinais de alerta/gravidade: palidez; cianose; torpor ou inconsciente; esforço respiratório; febre.
- Solicitar exames de laboratório e de imagem indicados.
- Registrar o atendimento realizado no prontuário do paciente.
- Solicitar o encaminhamento do paciente para exames prescritos.
- Em casos de encaminhamento para tratamento ambulatorial orientar por escrito sobre sinais de gravidade e indicar reavaliação médica em 48 a 72 horas.
- Indicar tratamento intra-hospitalar nos casos de ocorrência de: hipoxemia; pacientes com suspeita ou documentação de pneumonia causada por um patógeno com maior virulência; Impossibilidade de tratamento por via oral.

### **CUIDADOS**

- Estabelecer o Diagnóstico Diferencial para identificar a patologia principal e as secundárias;
- Estabelecer o Diagnóstico Provisório até confirmação do quadro clínico e definição do Diagnóstico Definitivo, se couber..

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Solicitar interconsultorias para esclarecimento diagnóstico;
- Prescrever tratamento específico e adequado;
- Encaminhar o paciente a serviço de referência, quando da impossibilidade de definir diagnóstico na Unidade.

**PROCEDIMENTO: Atendimento a Mordeduras de Animais e Humana**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Fechamento primário da ferida;
- Tratamento profilático para feridas com alto risco de infecção;
- Profilaxia para tétano e raiva.

256

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Gaze estéril e Esparadrapo;
- Solução salina;
- Solução degermante;
- EPI's: gorro, máscara, luvas de procedimento e capote;
- Outros materiais irão depender da conduta médica.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Abordagem diagnóstica;
- Explicar ao paciente todo o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos e paramentação adequada com os EPIs;
- Realizar a limpeza efetiva da lesão com solução salina associada, solução degermante ou iodada;
- Realizar o fechamento da ferida primária se indicado;
- Realizar curativo para que a ferida seja cicatrizada por segunda intenção;
- Lesões puntiformes, ou em extremidades (mãos ou pés), com mais de 12 horas de evolução, ou lesões por esmagamento, não devem ser suturadas.
- Realizar avaliação cirúrgica, quando houver: lesões profundas com acometimento de articulações, ossos, vasos, músculos ou tendões; lacerações faciais complexas ou mesmo com sinais tardios de infecção (osteomielite, abscessos, dentre outros);
- Prescrever tratamento antimicrobiano profilático nos casos de lesões em face ou genitália; profundas e associadas a comprometimento articular, vascular ou linfático; por esmagamento; com necessidade de procedimentos cirúrgicos; em pacientes imunocomprometidos (SIDA, usuários de medicações imunodepressoras, etc.); puntiformes profundas ocasionadas por gatos.
- Indicar a internação após avaliação criteriosa ou encaminhar a paciente para tratamento especializado.

**CUIDADOS**

- Identificar pacientes alérgicos a soluções e antimicrobianos específicos;
- Evitar o uso de cefalexina por não apresentar ação contra a *P. Multocida* ou a *Eikenella corrodens*.

**AÇÕES CORRETIVAS**

- Nos casos de mordedura humana, avaliar a necessidade de vacinação para Hepatite B e de administração de imunoglobulina.
- Realizar profilaxia ou encaminhar paciente para realizar vacinação contra raiva e tétano.



**PROCEDIMENTO: Abordagem da PCR**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Manter o paciente ventilado e com sistema circulatório ativo
- Determinar a causa da PCR

257

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

**ABC Primário**

- Manobras manuais para abertura de vias aéreas superiores com controle da coluna cervical.
- Ventilação com máscara (oxigênio suplementar – 5l/min).
- Compressões Torácicas (massagem cardíaca externa).
- Procurar Fibrilação Ventricular e desfibrilar.
- Manter temperatura Corporal.

**ABC Secundário**

- Intubação orotraqueal.
- Ventilação via cânula orotraqueal com oxigênio a 100%.
- Acesso venoso (gelco n.16) e drogas (aminas vasoativas).
- Diagnóstico diferencial (e tratamento).

**CUIDADOS**

- Monitorizar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso
- Hemogasometria arterial.

**AÇÕES CORRETIVAS**

- Corrigir possíveis distúrbios com base nos resultados da hemogasometria.
- A depender do ritmo, seguir para os protocolos específicos.
- Encaminhar o paciente para internação em UTI.



**PROCEDIMENTO: Abordagem da Assistolia**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Manter as condições básicas de vida.
- Reverter o quadro de assistolia ventricular.
- Diagnosticar causas da assistolia.

258

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cânulas orotraqueais, sonda para aspiração, equipamentos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, desfibrilador, respirador, monitor cardíaco, aspirador, estetoscópio, tensiômetro) material para curativo, material para intubação.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,0 – 8,5).
- Acesso venoso com gelco n.º 20.
- Confirmar assistolia em mais de uma derivação.
- Adrenalina – 1mg IV de 3/3 min.
- Atropina 1mg IV 3/3 min até 3mg.
- Considerar término de esforços após 30 min.

**CUIDADOS**

- Considerar causas de assistolia:
- Hipóxia
- Hipercalemia ou hipocalemia
- Acidose
- Intoxicação exógena
- Hipotermia

**AÇÕES CORRETIVAS**

- Manter RCP prolongada na hipotermia e na intoxicação por barbitúricos (+ 30min).
- Encaminhar o paciente para internação em UTI.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem do Paciente com DPOC**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Reverter quadro emergencial mantendo ventilação e perfusão de O<sup>2</sup>, com SatO<sup>2</sup> de 90%.

259

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de O<sup>2</sup>, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos) e equipamentos (respirador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, eletrocardiógrafo) material para curativo e para intubação.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### **Avaliar Nível de Consciência (Deprimido ou Preservado)**

- Se Deprimido (sempre distúrbio respiratório grave): sedar, intubar e ventilação mecânica VPPI (Ventilação à pressão positiva intermitente), Volume Corrente de 8ml/kg, Frequência Respiratória de 10-14/min, Relação I/E de 1:3. (Sedar e curarizar se necessário).
- Se Preservado, determinar se há distúrbio respiratório grave: nível de consciência preservado com distúrbio respiratório grave (SatO<sup>2</sup> < 90%, apesar de O<sup>2</sup>, Respiração Paradoxal e pulso paradoxal > 20mmHg, arritmias ventriculares:
  - Checar Rx para pneumotórax;
  - O<sup>2</sup> sob cateter nasal 5 l/min., monitorização com oximetria de pulso e acesso venoso com gelco n.º 20;
  - CPAP por máscara, caso fracasso, com diminuição do nível de consciência ou choque iniciar Ventilação Mecânica com os mesmos parâmetros acima.
  - Hidratação venosa com SF a 0,9% de acordo com caso clínico
  - B2-agonista inalatório: salbutamol 2 a 3 "puffs" de 4/4 horas ou 2,5 a 5mg de 4/4 horas.
  - Ipratropium inalatório 2 a 8 "puffs" de 6/6 horas.
  - Metilprednisolona 125mg IV
  - Casos refratários, tratar como Nível de Consciência Deprimido;
  - Solicitar internamento intra-hospitalar.

### **CUIDADOS**

- Solicitar hemogasometria.
- Solicitar Rx de tórax (afastar pneumotórax e checar presença de infiltrados)
- Solicitar leucograma (estar atento a infecção coexistente).
- Solicitar ainda Ht/Hb, Creatinina, Ureia, Na, K e Mg séricos, ECG e glicemia.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Afastar causas de descompensação: IVE, Infecção, TEP, Depressão do Centro Respiratório, Alergias Respiratórias, Pneumotórax.
- Instituir antibióticoterapia se houver suspeita de infecção. (Sulfametaxazol/trimetopim ou amoxicilina/clavulonato ou cefaclor).

## **PROCEDIMENTO: Abordagem da Dor Abdominal**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Determinar a causa da dor abdominal, promovendo o seu alívio.

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, Sonda retal e nasogátrica, equipamentos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro) material para curativo,

260

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Obter sinais vitais
- Palpar abdome
- Realizar toque retal
- Havendo hipotensão, abdome em tábua ou massa pulsátil
- Chamar Cirurgião
- Obter 2 acessos venosos com gelcos N.14
- Tipar e cruzar sangue
- Repor com Ringer Lactato
- Sonda nasogástrica
- Colher sangue para Ht/Hb, leucograma, amilase
- Havendo hipotensão persistente após 3 lits de Ringer fazer Rx de tórax
- Laparotomia
- NÃO havendo hipotensão, abdome em tábua ou massa pulsátil
- História
- Exame Físico e pélvico
- Solicitar Ht/Hb, Ur, Creatinina, eletrólitos, amilase, ECG, TGO, TGP, bilirrubinas
- Referir ao Protocolo de Alívio da dor aguda

### **CUIDADOS**

- Evitar analgésico antes de fechar diagnóstico.
- Exames radiológicos iniciais: Rx tórax PA e Perfil e Rx de abdome em 2 incidências
- Considerar causas comuns com base na dor:

Quadrante Superior Direito: Colecistite, Hepatite e Abscesso Hepático

Epigástrico: Doença Péptica, Pancreatite, Aneurisma e IAM

Quadrante Superior Esquerdo: Infarto Esplênico, Pancreatite e Baço roto

Flanco: Pielonefrite, Cálculo Renal e Apendicite

Dor Abdominal Baixa: aneurisma, Apendicite, Diverticulite e Doença Inflamatória Pélvica

Cólica: Gastroenterite, Obstrução Intestinal e Colite isquêmica.

## **PROCEDIMENTO: Alívio da Dor Aguda**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Promover o alívio da dor aguda, após determinar a causa de sua origem.

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma), material para curativo, material para intubação.

261

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Dor Leve/Moderada

- Uso do Trato Gastrointestinal Impossível
- Com efeito antiinflamatório : Antinflamatório não esteróide (ANE) IV ou IM (Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2X dia)
- Sem efeito antiinflamatório: Dipirona IV (Dipirona – 1amp dil, IV por frações)
- Uso do Trato Gastrointestinal Possível
- Com efeito antiinflamatório: ANE (Diclofenaco – 25 a 50mg VO de 12/12 ou 8/8h)
- Sem efeito antiinflamatório: Acetaminofen 650mg de 4/4h ou Dipirona 35gts VO de 6/6h

#### Dor Intensa

- IAM - Morfina 10mg IV de 3/3h ou 4/4h
- MUSCULOESQUELÉTICA / PÓS-OPERATÓRIA - Tramadol 50 a 100mg IV de 4/4h com ou sem Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2 X ao dia ou Morfina 10mg IV de 3/3 ou 4/4h associado a Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2 X ao dia.
- Pré-procedimento invasivo
- Indicações: Cardioversão, Intubação, Redução de fraturas ou luxações, Drenagem de abscessos
- Associar Midazolam (0,05 a 0,15 mg/kg IV) associado a fentanil (100 a 200 ug IV)

### **CUIDADOS**

- Evitar analgésico antes de fechar diagnóstico.
- Cuidado com a dose no uso de morfina e tramadol, no paciente idoso



## **PROCEDIMENTO: Abordagem da Diarréia Aguda**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Certificar-se de doença autolimitada
- Promover estabilização hemodinâmica do paciente.

262

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (seringas, agulhas, gelco, luvas, coletores para exame, equipo de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (termômetro)

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Caso haja sinais e sintomas de diarreia inflamatória – Atenção Imediata
- (Febre > 38,50, sangue nas fezes, dor abdominal intensa, sinais de peritonite, diarreia > 5 dias, desidratação intensa, toxicidade) - Internar Sempre
- Desidratação Intensa, Toxicidade, Vômitos Proeminentes, Peritonite, Idade Avançada, Hepatopatia:
- Repouso no leito
- Dieta zero
- Acesso venoso 1 gelco N. 14
- Em casos de desidratação ou vômitos severos: repor com Ringer Lactato de acordo com protocolo.
- Solicitar exame de leucócitos nas fezes.
- Se febre alta, tenesmo, sangue e leucócitos positivos nas fezes
- Ciprofloxacina 500mg 2X por 5 dias ou SMZ/TMP

### **CUIDADOS**

- Principais causas de diarréia aguda: Infecção, toxinas ou drogas.
- Considerar antibiótico venoso nas primeiras 24-48 horas
- 90% dos casos são doenças autolimitadas
- Melhora em 5 dias, não necessita de exames
- Dieta: Evitar fibras, gordura, laticínios, cafeína e álcool
- Encorajar alimentos de fácil digestão: sopas, chá, biscoitos "cracker".
- Reidratação VO com soluções eletrolíticas.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem em Crise Convulsiva**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Proteger o paciente de trauma.
- Reverter o quadro convulsivo.

263

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, glicosímetro, estetoscópio, tensiômetro, respirador, aparelho de eletrocardiograma) material para curativo, material para intubação.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Afastar objetos que possam ferir a vítima
- Não conter ou tentar introduzir objetos em sua boca
- Se a crise cessar espontaneamente:
- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20
- O<sub>2</sub> sob cateter nasal a 5 lits/min
- Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação se inconsciência com hipoventilação)
- Realizar glicemia capilar – Se glicemia <50mg – Glicose a 50%, 50ml IV
- *Se a crise não cessa*
- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20
- Manuseio de vias aéreas
- Diazepam 5mg IV até 20mg
- Se necessário Intubar e assistir ventilação
- Hidantal 20mg/kg IV em SF a 0,9% - 50mg/min.

### **CUIDADOS**

- Considerar hidantalização nas crises que cessam espontaneamente – 20mg/kg em SF a 0,9% durante 30min.
- Nas crises que não cessam pode-se repetir 2a dose de ataque de hidantal se necessário.
- Evitar o uso de tiopental.
- Ao estabilizar o quadro, contactar com neurologista
- Solicitar Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECG

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Nas crises que não cessam espontaneamente, considerar: fenobarbital 10mg/kg IV – infundir 50mg/min, podendo ser repetido.
- Se persistir, pentobarbital 5mg/kg IV lento.



## **PROCEDIMENTO: Abordagem da Sinusite Aguda**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Definir o diagnóstico de sinusite
- Alívio da dor.

264

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (luva), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes, termômetro.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Quadro Clínico

- Dor sobre o seio acometido
- Obstrução Nasal
- Secreção nasal unilateral ou bilateral esverdeada ou amarelada
- Cefaleia não pulsátil
- Febre baixa.
- Maxilar: dor na bochecha, caninos, olhos
- Frontal: Dor na testa, inchação localizada é possível
- Etmoidal: Dor retrorbitária e ao movimento ocular, edema periorbitário.
- Esfenoidal: Cefaleia generalizada com irradiação para o occipital, poderá haver edema periorbitário, oftalmoplegia, diplopia.
- Tratamento
- Analgesia – Acetaminofen com ou sem codeína + calor local (ver protocolo da dor aguda)
- Descongestionantes nasais tópicos ou sistêmicos (uso até 5 dias)
- Antibióticos Sistêmicos: Amoxicilina 500mg 4Xdia (10/14 dias) ou SMZ/TMP 80/400 mg, 2comp, 2X ao dia (10/14 dias) ou Amoxicilina-clavulonato VO 3X ao dia (10/14 dias)

### **CUIDADOS**

- Solicitar Hemograma com leucograma
- Rx de seios da face é desnecessário quando a clínica é típica.
- Indicação de complicações – Necessário Internamento:
- Cefaléia que piora
- Febre e calafrios
- Rigidez de nuca
- Edema palpebral e ptose
- Convulsões
- Leucocitose > 20.000

### **AÇÕES CORRETIVAS**

Casos complicados, contactar especialista.

## **PROCEDIMENTO: Cetoacidose Diabética**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Definir o quadro de cetoacidose diabética.
- Iniciar o tratamento do quadro crítico.

265

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (luvas, sonda nasogástrica, sonda vesical, cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos luvas), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro, glicosímetro), material para curativo, exames laboratoriais

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Quadro Clínico

- Hiperglicemia > 250 mg%
- pH < 7.3
- Bicarbonato < 15mEq/l
- Conduta
- Manter vias aéreas pérvias
- Acesso venoso com gelco N.16
- SF a 0.9% 3000 ml a 5000ml – 1000ml na 1a hora e 500ml/h
- Sonda nasogástrica e vesical, se paciente inconsciente.
- Bicarbonato apenas se pH < 7.0 até o pH chegar a 7.1
- Insulina Regular IV – 0,1Unid/kg em “bolus” seguida por 0,1 Unid/kg de h/h em infusão contínua, controlar com glicemia de h/h, caso ausência de resposta em 2 horas, a dose pode ser dobrada.
- Potássio 20 a 30 mEq/h se K+ inicial baixo ou após 2 a 3h de boa diurese.
- SG a 5% quando a glicemia chegar a 250 mg% e manter insulina IV em dose baixa para clarear cetonemia – 1 a 2 UI/hora

### **CUIDADOS**

- Caso K+ > 5 mEq/l não repor potássio
- Evitar quedas bruscas de glicemia – risco de edema cerebral.
- Manter glicemia > 200 mg% nas 1as 24horas
- Leucocitose com desvio, não significa infecção
- Amilase alta não significa pancreatite
- Monitorizar: Glicemia, Calemia, pH, Cetonúria ou cetonemia, ECG para avaliar K+, Eletrólitos e Hemogasometria

### **AÇÕES CORRETIVAS**

Procurar fatores desencadeantes, e tratá-los: Infecção, IAM ou Interrupção da terapêutica.

**PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Obter consulta com especialista.

266

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, receituário.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos.
- Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe.
- Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.
- Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

**CUIDADOS**

- Checar a existência da especialidade médica do Hospital.
- Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.
- Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.

**PROCEDIMENTO: Referenciamento/Transferência de Paciente**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Referenciar/transferir o paciente para outra unidade da Rede Assistencial

267

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, relatório de transferência.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Encaminhar solicitação ao NIA.
- Informar o paciente e/ou familiares sobre seu referenciamento.
- Registrar no prontuário indicação de referenciamento/transferência.
- Preencher relatório de referenciamento constando resumo da história e exame na admissão e registro de todos os exames realizados.
- Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
- Avisar ao Serviço Social a necessidade do referenciamento/transferência e as providências tomadas.

**CUIDADOS**

Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos.

Registrar no prontuário e relatório de referenciamento/transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem no Traumatismo Cranio Encefálico**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Reconhecimento do traumatismo cranioencefálico (TCE)
- Instituição de medidas terapêuticas precoces para minimizar a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade.

268

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Avaliação Inicial

- Sequência inicial "ABCDE" do protocolo de atendimento do trauma: A – Airway; B – Breathing, C – Circulation, D – Disability, E - Exposure);
- Manter o paciente devidamente monitorizado;
- Manter a via aérea pérvia e oferecer oxigenioterapia.
- A indicação de intubação deverá ser quando: Escala de Coma de Glasgow (ECG)  $\leq 8$  e sinais de HIC e iminência de herniação;
- Observação: caso seja indicada intubação orotraqueal (IOT), durante ou até mesmo após a avaliação inicial, as pré-medicações e medicações utilizadas na Sequência Rápida de Intubação (SRI) devem ser neuroprotetoras ou que, pelo menos, não prejudiquem a PPC ou FSC.

#### Cuidados na IOT

- Evitar hiperestender a coluna cervical;
- Manter a coluna cervical em posição neutra, se colar cervical presente, retirá-lo;
- Utilizar manobra de elevação da mandíbula;
- Usar SRI ou medicação para intubação a que esteja familiarizado;
- Usar medicações na IOT úteis para controlar HIC grave: o etomidato (pode causar supressão adrenal) e o tiopental (pode causar depressão cardiovascular);
- Evitar o uso de cetamina (pode causar aumento da HIC);
- Caso necessite de sondagem gástrica, esta deverá ser oro gástrica, pelo risco de fratura de base de crânio; independe da presença ou ausência de sinais diretos ou indiretos;
- Manter a cabeça em posição neutra, com a cabeceira elevada entre 30 e 45°, após avaliação da via aérea.

#### Reconhecimento e tratamento rápido do choque e de hipotensão arterial

- Hipotensão é um marcador sensível de mortalidade;
- Ressuscitação volêmica sempre que necessário, seguindo as recomendações da reposição fluídica para o choque o mais rápido possível, com solução salina;
- No caso do TCE, não é recomendado o uso de ringer lactato por risco de aumento do edema cerebral.
- Manter a pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg, nos maiores de 10 anos.

#### Controle e reconhecimento de alterações eletrolíticas, principalmente em relação a hiponatremia

- Tratamento da hipoglicemia: avaliar a glicemia; TCE aumenta as demandas energéticas e a hiperglicólise; tolerar níveis glicêmicos 140- 180mg/dl;
- Solicitar e coletar exames laboratoriais a seguir: hemograma, eletrólitos, glicemia, bioquímica, coagulograma, gasometria, tipagem sanguínea/prova cruzada.

#### Sequência Rápida de Intubação

- Pré-medicação: Lidocaína– atenua as respostas adrenérgicas e reduz o metabolismo cerebral;
- Sedoanalgesia: Fentanil – ação antiadrenérgica, Tiopental– ação neuroprotetora, desde que paciente esteja normo/hipertenso (ou seja, com PPC preservada); se instabilidade hemodinâmica, evitar o tiopental e pode-se usar o midazolam;
- Bloqueador neuromuscular: Rocurônio.

#### Reconhecimento e condução da HIC e iminência de herniação cerebral

Reconhecimento: tríade de Cushing (hipertensão, bradicardia e alteração respiratória); modificação do estado neurológico (inquietação, irritabilidade, aumento da sonolência, incontinência) ou queda de dois pontos ou mais na EEG; exame alterado da pupila: assimetria, fixa ou pupilas dilatadas; postura: em extensão.

Condução: terapêutica hiperosmolar; solução salina hipertônica a 3%;hiperventilação.

Outras terapêuticas: controle da dor; suporte nutricional; uso de corticoides;controle da temperatura; prevenção de convulsão.

#### Classificação do TCE e conduta a ser adotada

- A classificação do TCE em leve, moderado ou grave se dá pela EEG;
- Nos casos Leves: observação clínica ou realização de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, dependendo dos achados clínicos;
- Nos casos Moderados: TC de crânio obrigatória para definição e estratificação da lesão;
- Nos casos Graves: TC imediata, após estabilização inicial do paciente, e encaminhamento do mesmo à UTI ou ao Bloco Cirúrgico, quando houver necessidade de intervenção imediata;
- Após a realização do exame, com definição e estratificação da lesão, existe indicações da repetição do mesmo quando da ausência de melhora ou piora neurológica (avaliado pelo EEG),
- aumento persistente da PIC ou não redução da mesma e quando o paciente encontra-se sedado e a avaliação neurológica fica prejudicada.

#### Monitorização Neurológica

- Monitorização da PIC:
- Indicada apenas em TCE grave;
- Utilizar preferencialmente cateter intraventricular, pois permite drenagem líquórica de alívio;
- A PIC normalmente varia entre 7-15mmHg, estando indicadas medidas de redução da mesma quando o valor supera 20mmHg por mais de 5 minutos;
- Não há contra-indicações absolutas. Distúrbios de coagulação são contra-indicações relativas;
- Saturação de oxigênio venoso de bulbo jugular (SjO<sub>2</sub>)
- Obtida por meio da cateterização da veia jugular interna até o bulbo da jugular. Coletada gasometria do cateter e avaliada saturação. O valor normal é entre 55-75%;
- Por meio da SjO<sub>2</sub> é possível mensurar a extração cerebral de oxigênio (ECerO<sub>2</sub>). O cálculo da ECerO<sub>2</sub> se dá pela diferença entre a saturação não-invasiva, obtida por oxímetro, ou invasiva, por gasometria arterial, e a SjO<sub>2</sub>. A ECerO<sub>2</sub> normalmente varia entre 24- 42%;
- Em pacientes que a ECerO<sub>2</sub> esteja acima de 42% e a SjO<sub>2</sub> abaixo de 55%, infere-se que há baixo FSC ou oferta inadequada de oxigênio. Quando a ECerO<sub>2</sub> está abaixo de 24% e a SjO<sub>2</sub> está acima de 75%, infere-se que há hiperfluxo cerebral ou baixo consumo de oxigênio.

#### Tratamento Indicado e Plano Terapêutico

Medidas não-farmacológicas:

- Cabeça em posição neutra e elevação a 30°;
- Hiperventilação apenas em paciente com a PIC > que 40mmHg e não responsiva a outras medidas;
- Ter como alvo uma hiperventilação leve (PaCO<sub>2</sub> entre 30 – 35mmHg) nos pacientes que apresentam HIC refrataria. Caso seja disponível, monitorar com capnografia a PaCO<sub>2</sub> no final da expiração;
- Equilíbrio hemodinâmico: evitar hipotensão e tolerar hipertensão;
- Manter normotermia: esta seja necessária para manter a PPC;
- Manter a euvolemia com uso de substâncias isotônicas;
- Correção de distúrbios eletrolíticos;
- Manter normotermia (deve-se evitar a hipertermia, pois pode causar lesão cerebral secundária).

#### Medidas farmacológicas:

- Manter sedação e analgesia contínuas: o esquema terapêutico mais utilizado é a associação de opioide com benzodiazepínico. Não há medicamento padronizado. Recomenda-se benzodiazepínicos, Fentanil ou Dexmedetomidina em doses habituais;
- Convulsão - tratar assim que reconhecida. Iniciar tratamento com Fenitoína;
- Profilaxia de crises convulsivas com: Fenitoína em pacientes com TCE grave;
- erapias hiperosmolares – existem duas opções: salina hipertônica e manitol. A solução salina hipertônica possui vantagens teóricas sobre o manitol pois não causa hipovolemia, sendo ainda mais indicada em pacientes com instabilidade cardiovascular; não está associada à edema rebote dos neurônios; restaura o potencial de membrana; estimula a liberação do peptídeo atrial natriurético; aumenta o débito cardíaco.
- O uso de bloqueador neuromuscular contínuo é recomendado. Entretanto, como pode ascarar crises convulsivas, o seu uso é restrito a pacientes com eletroencefalograma contínuo;
- Barbitúricos, apenas se HIC for refratária a outras medidas;
- Tiopental, 10-90mcg/kg/min;
- Não utilizar corticoide: o tratamento com corticoide não está relacionado à melhora da evolução funcional, diminuição da mortalidade e diminuição da PIC.

#### Medidas cirúrgicas

- Drenagem líquórica em pacientes com cateter intraventricular para monitorização da PIC;
- Craniotomia descompressiva.

#### CUIDADOS

- Monitorizar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso
- Hemogasometria arterial.

#### AÇÕES CORRETIVAS

- Corrigir possíveis distúrbios com base nos resultados da hemogasometria.
- A depender do ritmo, seguir para os protocolos específicos.
- Encaminhar o paciente para internação em UTI.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem a Pacientes com Abdome Agudo Obstrutivo**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

271

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Estabelecer diagnóstico e plano terapêutico para o Abdomen Agudo Obstrutivo.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Realizar avaliação clínica, considerando desidratação, anemia, instabilidade hemodinâmica, oligúria, sinais de peritonite.
- Solicitar exames laboratoriais (HMG, ureia, creatinina, glicemia, gasometria arterial, PCR, DHL, Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup>, beta-HCG, EAS, amilase, lipase);
- Solicitar exames radiológicos: TC de abdômen total contrastada (exceto se IR), TC de tórax – tabagistas, idade > 60 anos, pacientes desnutridos ou com sério comprometimento clínico, Rx de tórax em PA e ortostase, Rx de abdome PA, ortostase e decúbito dorsal.
- Conduta: a obstrução pode ser mecânica ou funcional. Considerar causas como íleo paralítico, uremia, doenças/lesões medulares, pacientes acamados, uso de opioides, cetoacidose diabética, megacólon tóxico. Sendo a obstrução funcional deve-se Investigar e tratar causa. Pode ser necessário procedimento descompressivo.
- Indicar intervenção cirúrgica que deve ser em regime de URGÊNCIA nos casos em que haja Peritonite, leucócitos >16.000 ou Bastões >5%. considerar laparotomia imediata.
- Realizar as medidas clínicas iniciais como hidratação, correção de DHEAB (Distúrbios Hidro-Eletrolíticos e Ácido-Básicos), início de ATB se for o caso oxigenoterapia, hemotransfusão, etc.
- Prescrever Hidratação.

#### Exceções:

Obstrução alta parcial por bridas: sendo esta a hipótese e se a intervenção cirúrgica tiver sido há < 6 meses ou paciente com mais de 2 intervenções prévias considerar internação para tratamento clínico durante 48/72 h. (hidratação, dieta zero, SNG, outras medidas clínicas).

Venosa até mesmo antes do exame.

### **CUIDADOS**

- Estabelecer o Diagnóstico Diferencial para identificar a patologia principal e as secundárias;
- Estabelecer o Diagnóstico Provisório até confirmação do quadro clínico e definição do Diagnóstico Definitivo, se couber.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Solicitar interconsultorias para esclarecimento diagnóstico;
- Prescrever tratamento específico e adequado;
- Encaminhar o paciente a serviço de referência, quando da impossibilidade de definir diagnóstico na Unidade.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem Médica a Pacientes com Ferimento Perfurocontuso Abdominal**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Proteger a ferida contra o trauma secundário;
- Conter sangramentos;
- Proteger contra infecção.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Abordagem Inicial

- Controle do ABC e análise do mecanismo de lesão.
- Expor o ferimento para inspeção.
- Controle do sangramento.
- Limpeza de superfície da lesão.
- Proteção com gaze estéril.
- Bandagem triangular ou atadura de crepe para fixar a gaze ou, se não estiver disponível, utilizar atadura de crepe.
- Atender o paciente no tempo preconizado.
- Assegurar a via aérea pérvia.
- Garantir ventilação eficaz.
- Restaurar o estado hemodinâmico.
- Proceder avaliação neurológica.
- Fazer a avaliação secundária.
- Avaliar o mecanismo do trauma.
- Classificar o trauma segundo região anatômica acometida.
- Definir os critérios de gravidade.
- Definir os critérios de internação.
- Proceder o tratamento adequado segundo região anatômica acometida.
- Internar em unidade compatível com a demanda do cuidado.

#### Exame Físico

Inspeção, ausculta, percussão e palpação.

#### Atividades

- controlar o sangramento utilizando curativos compressivos ou métodos de pressão direta, proteger com uma gaze estéril firmemente pressionada.;
- Nas feridas perfurantes, por arma de fogo, devem ter os orifícios de entrada e saída do projétil igualmente protegidos;
- Arma branca que permanece no corpo não deve ser removida e sim fixada para que permaneça imobilizada durante o transporte, pois a retirada pode agravar o sangramento;
- Sondagem Gástrica (SG) Permite a decompressão gástrica antes da realização da Lavagem Peritoneal Diagnóstica quando indicada;
- Sondagem Vesical De Demora (SVD) Permite avaliar a perfusão tecidual e descomprimir a bexiga antes do LPD. Em casos de suspeita de lesão de uretra evitar o uso da SVD e solicitar avaliação do urologista;
- Rx de tórax ântero-posterior e raio x de bacia na sala de emergência é recomendado para pacientes estáveis hemodinamicamente com trauma contuso multissistêmico;

### **CUIDADOS**

- Encaminhar para leito de observação na emergência;

- Reavaliar a evolução do paciente periodicamente;
- Indicar procedimento cirúrgico de Laparotomia Exploradora de Emergência.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem Médica a Pacientes com Queimaduras**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Controle da dor
- Estabilização do quadro clínico do paciente;
- controlar infecção da ferida.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Avaliação das Queimaduras quanto a:

- Profundidade;
- Extensão;
- Localização das queimaduras;
- Idade do paciente queimado;
- Doenças e condições associadas;
- Inalação de produtos de combustão.

#### Primeiros Cuidados na Abordagem Médica

##### **Queimaduras de 1º grau**

Nesses casos o atendimento é ambulatorial e consiste apenas em controlar a dor e nos cuidados locais da área queimada. A analgesia pode ser feita via oral com cloridrato de tramadol 50mg/dose para adultos e 2mg/kg/dose para crianças, a cada quatro ou seis horas. Outra alternativa para adultos é o paracetamol/fosfato de codeína na dose de 500mg/30mg a cada quatro ou seis horas. Compressas de água fria também auxiliam no alívio da dor, podendo ainda ser empregado corticosteróide tópico em loção ou creme para reduzir a inflamação. É importante recomendar a fotoproteção de modo a evitar discromias residuais.

##### **Queimaduras de 2º e 3º graus**

Concomitante ao exame da vítima, colhe-se a história detalhada da queimadura, procurando identificar possíveis injúrias concomitantes, inalação de fumaça e tratamento prévio instituído. Se possível, uma breve história médica pregressa deve ser tomada, incluindo doenças, medicamentos, alergias e vacinações. Deve ser mantida a calma durante todo o atendimento ao queimado, sendo importante não se deixar impressionar pelo aspecto chocante da queimadura, que pode desviar a atenção do profissional, deixando passar despercebidas lesões mais graves, como traumas neurológicos, ortopédicos e viscerais. Se a história do acidente sugerir trauma com envolvimento da coluna vertebral, especial cuidado deve ser dispensado na sua avaliação e devida estabilização. Sempre que atingem face e pescoço são consideradas queimaduras graves, porque podem comprometer a permeabilidade das vias respiratórias. Nos casos de queimaduras elétricas deve sempre ser lembrado o risco de parada cardiorrespiratória, devido a arritmias cardíacas. Feita a avaliação da queimadura e das condições respiratórias e circulatórias, torna-se imperativa a distinção entre uma queimadura benigna e uma queimadura grave.

#### Tratamento Médico

##### **Queimaduras de 1º grau**

Fazer compressas frias nas primeiras horas e usar vaselina líquida para manter a queimadura hidratada. Administrar analgésico e orientar o paciente quanto aos cuidados em domicílio, incluindo o uso de filtro solar.

##### **Queimaduras de 2º grau**

- Drenar as bolhas, mas não retirar a pele porque ela funciona como curativo biológico.
- 
- Após o rompimento das bolhas lavar o local com solução fisiológica e clorexitina.
- Fazer curativo com sulfadiazina de prata ou nitrato de cério.
- Após a cicatrização, use filtro solar para evitar manchas.

### **Queimaduras de 3º grau**

- Obter preferencialmente acesso venoso periférico e calibroso mesmo em área queimada. Somente na impossibilidade desta, utilizar acesso venoso central;
- Sonda vesical de demora para controle de diurese para queimaduras acima de 20% em adultos e 10% em crianças;
- Tratar a dor com:
  - em adultos: Dipirona (500 mg a 01 grama - EV, Morfina 10mg diluída em 9 ml SF 0,9% - EV).
  - em crianças: Dipirona (15 a 25 mg/kg EV, Morfina= 0,1mg/kg/dose (solução diluída).
- Debridamentos, de acordo com a fase que se encontra a lesão;
- Manter cabeceira elevada; pescoço em hiperextensão; membros superiores elevados e abduzidos;
- Administrar profilaxia do Tétano (Toxóide tetânico), da úlcera do stress (bloqueador receptor H2) e do tromboembolismo (heparina SC);
- Limpar a ferida com solução fisiológica e clorexidine 2%;
- Usar antimicrobiano tópico (Sulfadiazina de Prata 1%);
- Manter curativo exposto na face e períneo;
- Manter curativo oclusivo em quatro camadas (antibiótico tópico no raion ou morin, gaze absorvente, algodão e atadura de crepe) nas demais partes do corpo;
- Não usar antibiótico sistêmico profilático em queimaduras;
- Não usar corticosteroids;
- Realizar escarotomia, quando indicada para melhorar expansão;
- Manter monitorização contínua e enzimas (CPK e CKMB) por 24- 48h;
- Encaminhar para Internamento.
- Estimular o aumento da diurese com maior infusão de líquidos.

### **CUIDADOS**

- Critérios para Internamento
- Queimaduras de 2º grau em áreas maiores que 20% SCQ em adultos;
- Queimaduras de 2º grau maiores de 10% SCQ, em crianças ou maiores de 50 anos;
- Queimaduras 3º grau em qualquer extensão;
- Lesões em face, olho, períneo, mão, pé e grande articulação;
- Queimadura elétrica;
- Queimadura química;
- Lesão inalatória ou lesão circunferencial de tórax/membros;
- Doenças associadas, auto-extermínio, politrauma, maus tratos ou situações sociais adversas.

## **PROCEDIMENTO: DEFINIÇÃO DE RISCO DE IAM OU MORTE NA DOR TORÁCICA.**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

275

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Determinar o grau de risco de um paciente com dor torácica de evoluir para IAM ou Óbito.
- Proporcionar o encaminhamento pertinente a cada paciente com dor típica.

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (seringas, agulhas, equipos, gelcos, cateter de oxigênio) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma).

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Indivíduos com dor típica de:

#### Baixo Risco

- Angina Crescente em intensidade ou duração
- Diminuição do limiar de dor
- Angina de início > que 2 semanas e < de 2 meses
- ECG normal ou inalterado

#### Risco Moderado

- Dor prolongada que se resolve
- Angina de repouso > 20 min ou aliviada com nitratos.
- Idade > 65 anos
- Alterações dinâmicas da onda T.

#### Alto Risco

- Dor prolongada sem alívio
- EAP
- Dor com hipotensão
- Alterações dinâmicas do ST >1mm em duas ou mais derivações do ECG.

Nos pacientes com Risco Moderado e Alto Risco, considerar acrescentar ao protocolo de dor típica:

- Heparina IV
- Monocordil IV,
- Betabloqueador IV, e
- Narcóticos IV.

### **CUIDADOS**

- Não fazer medicação intramuscular.
- Atentar para uso cauteloso dos itens 2, 3 e 4, caso haja hipotensão.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada à emergência.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Caso haja manutenção do quadro de choque cardiogênico considerar transferência para local onde haja Balão intraórtico e sala de cateterismo cardíaco.
- Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para curva enzimática e definição terapêutica

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DO ESTADO DE CHOQUE NO TRAUMA**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Determinar a etiologia do choque.
- Retirar o paciente do estado emergencial.

276

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, garrotes, gelcos, seringas, agulhas, equipo de soro, medicamentos e soluções), equipamentos pertinentes (tensiômetro, estetoscópio)

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Hemorragico

- Taquicardia, palidez, alteração sensorial, pulso diminuído, hipotensão tardia, jugular colabada.
  1. Conter hemorragias externas
  2. O2 sob cateter nasal a 5 lit/min
  3. Acesso venoso com 2 gelcos n. 14
  4. Bolus de 20ml/kg de Ringer (repetir para manter PAS>90 mmHg.)
  5. Tipagem sanguínea e reposição com sangue.
  6. Avaliação cirúrgica por especialista.

#### Pneumotórax Hipertensivo

- Dispneia, ausência de MV unilateral, desvio contralateral de traquéia, turgência de jugular, pulso arterial ausente ou fino.
  1. O2 sob máscara (100%)
  2. Rx de Tórax se não muito instável.
  3. Drenar o tórax.
  4. Avaliação cirúrgica por especialista.

#### Tamponamento Cardíaco

- Hipotensão, MV audível bilateralmente, traqueia centrada, jugulares túrgidas, hipofonese de bulhas, pulso paradoxal.
  1. O2 sob máscara a 100%
  2. Acesso venoso com 2 gelcos N.14.
  3. Rx de tórax se não muito instável (evidenciar alargamento do mediastino)
  4. "Bolus" de 20 ml/kg de Ringer
  5. Reavaliar ABC e sinais vitais após bolus.
  6. Se não houver resposta, realizar pericardiocentese\*.
  7. Considerar toracotomia.

#### Neurogênico

- FC normal ou baixa, ausência de vasoconstricção, hipotensão, sinais de lesão de coluna, priapismo.
  1. Conter hemorragias
  2. O2 sob cateter a 5 lit/min
  3. Acesso venoso com 2 gelcos N.14.
  4. "Bolus" de 20ml/kg de Ringer
  5. Se PAS <90mmHg, após 2 "bolus" de Ringer, fazer dopamina 5-10 ug/kg/min.
  6. Avaliação por especialista.

#### **CUIDADOS**

- Afastar contusão miocárdica extensa porque a punção pode agravar.
- Se disponível realizar ecocardiograma para confirmar tamponamento.
- Assim que o paciente esteja estável, realizar complementação diagnóstica.

#### **AÇÕES CORRETIVAS**

Se necessário, transferência para outro Serviço com mais recursos.

## PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DAS TAQUICARDIAS

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer a taquicardia
- Diminuir o seu impacto sobre a morbi-mortalidade
- Reverter o paciente a ritmo sinusal ou arritmia sem risco de vida

278

### MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (catéter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, desfibrilador, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma, material para curativo, material para intubação).

### PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC (Suporte básico de vida)
- O2 sob cateter nasal a 5 lit/min
- Acesso venoso com 2 gelcos N.16
- Monitorização com cardioscopia
- Monitorização da PA
- Monitorização de sinais vitais
- Oximetria de Pulso.
- ECG com 12 derivações e DII longo.
- Definir se a taquicardia é Instável ou Estável:

Instável - Hipotensão arterial, Choque, Alteração sensorial, Insuficiência Ventricular esquerda, precordialgia, FC>150bat/min.

- Se consciente, sedar com midazolam 0,1 mg/kg IV + opiáceo (Fentanil 0,1 a 0,2 mg IV)
- Iniciar com 50J no "flutter" atrial ou taquicardia paroxística supraventricular.
- Demais arritmias: seqüência de 100 – 200 – 300 – 360 J.

Estável

- Definir se há complexos estreitos ou complexos largos.
- **Observação** - Ver protocolo específico.

### CUIDADOS

Manter material para intubação endotraqueal sempre disponível

### AÇÕES CORRETIVAS

Havendo dificuldade na identificação do tipo de complexo, contatar cardiologista.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM INICIAL AO POLITRAUMATIZADO**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Determinar a conduta Imediata de atendimento ao politraumatizado.

279

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cânula para aspiração oral e traqueal, cateter de oxigênio, equipamentos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos, estetoscópio, tensiômetro, aspirador, material para curativo, material para intubação, colar cervical, cobertores.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- 1 - Colar Cervical e desobstruir vias aéreas
- 2 - Identificar e tratar:
  - Pneumotórax hipertensivo
  - Pneumotórax aberto
  - Hemotórax maciço
  - Tórax Instável
- 3 - Choque: (Identificar e tratar – ver protocolos):
  - traumatismo abdominal
  - fratura de bacia
  - lesões em extremidades
  - hemorragia externa
  - tamponamento cardíaco
- 4 - Lesão do SNC ( ver protocolo de TCE)
- 5 - Despir o paciente e evitar hipotermia – cobrir com cobertor.

### **CUIDADOS**

- Acesso venoso com 2 gelcos N. 14
- Exames de rotina em todos os politraumatizados: Raio x de tórax, bacia, coluna cervical, ECG, Beta-HCG na mulher de idade fértil, USG de abdome total.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM NO TRAUMA ABDOMINAL**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Reverter quadro emergencial
- Estabilização do paciente para definição terapêutica.

280

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma) material para curativo, material para intubação

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. ABC
2. Estabilização hemodinâmica segundo protocolo.
3. Definir se trauma penetrante ou contuso:

#### Penetrante

- Por arma de fogo - Cirurgia de emergência.
- Por arma branca - havendo irritação peritoneal ou sinais vitais instáveis ou evisceração indicar Laparotomia exploradora. Se o paciente está estável e sem peritonite realizar e xploração local. Havendo violação da cavidade peritoneal indicar Laparotomia exploradora.

#### Contuso

- Paciente Estável: Rx simples de abdomen; havendo pneumoperitônio indicara Laparotomia exploradora; não havendo pneumoperitônio indicar US abdomen.
- Paciente Instável: realizar punção e lavado; se positivo indicar laparotomia exploradora; se negativo investigar outros segmentos.

### **CUIDADOS**

- Passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal;
- Observar contraindicações para passagem de sonda vesical;
- Solicitar hemogasometria, Rx de tórax, leucograma, Ht/Hb, Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos, ECG, glicemia e coagulograma;
- Tipar e fazer prova cruzada de sangue;
- Contatar cirurgião desde a admissão do paciente;
- Venóclise com 2 gelcos n.º 16.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Confirmar o diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baixa
- Definir conduta terapêutica na Hemorragia Digestiva Baixa.

281

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (luvas, cateter de oxigênio, Sonda nasogástrica, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro), material para curativo.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Manter via aérea pérvia
- O<sub>2</sub> sob cateter a 5 lits/min
- Acesso venoso com 2 gelcos N.14
- Cardioscopia e oximetria de pulso
- Manter pressão segundo protocolo de choque
- Dieta zero
- Sonda Nasogástrica – Lavagem com SF a 0,9% até retorno claro.
- Colher sangue para tipagem e prova cruzada, Ht/Hb, plaquetas e função hepática
- Retosigmoidoscopia
- Tratamento endoscópico ou cirúrgico

### **CUIDADOS**

- Colonoscopia é uma técnica difícil de ser empregada em sangramentos maciços pela falta de preparo.
- 75% dos sangramentos param espontaneamente.
- Solicitar ainda eletrólitos, Ur, Cr, glicemia, coagulograma, hemogasometria, ECG e Rx de abdome em 2 incidências.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Se o paciente não estabilizar com 2000 ml de cristalóide – reposição com concentrado de hemácias.
- Caso haja coagulopatia, fazer plasma fresco ou plaquetas.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Confirmar o diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta.
- Definir conduta terapêutica na Hemorragia Digestiva Alta.

282

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, luvas, sonda nasogástrica, equipamentos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos (ver abaixo)) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro, endoscópio) material para curativo,

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Manter via aérea pérvia
- O<sub>2</sub> sob cateter a 5 l/min
- Acesso venoso com 2 gelcos N.14
- Cardioscopia e oximetria de pulso
- Manter pressão segundo protocolo de choque
- Dieta zero
- Sonda Nasogástrica – Lavagem com SF a 0,9% até retorno claro.
- Colher sangue para tipagem e prova cruzada, Ht/Hb, plaquetas e função hepática
- Iniciar omeprazol venoso 20 a 40 mg IV/dia ou Bloqueador de H<sub>2</sub> com Ranitidina 50mg IV 8/8h
- Solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.
- Se houver varizes de esôfago – realizar tratamento endoscópico.
- Se houver lesão péptica – tentar tratamento endoscópico, havendo falha – cirurgia.

### **CUIDADOS**

- Se o paciente for cirrótico, limpar cólon com manitol e iniciar esquema de pré-coma hepático.
- Solicitar ainda eletrólitos, Ur, Cr, glicemia, coagulograma, hemogasometria, ECG e Raio x de abdome em 2 incidências, Raio x de tórax em PA e perfil.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Se o paciente não estabilizar com 2000 ml de cristalóide – reposição com concentrado de hemácias.
- Caso haja coagulopatia, fazer plasma fresco ou plaquetas.
- Caso haja insucesso no tratamento endoscópico de varizes de esôfago:
  - Somatostatina 250 ug IV seguido por 250 ug h/h;
  - Balão de Sengstaken Blackmore – Inflar balão gástrico com 200ml de ar, tracionar e depois balão esofágico com 30 a 40 ml.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Diagnosticar AVC
- Evitar progressão do AVC

283

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, luvas, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinente (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma) material para curativo, material para intubação.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- ABC
- O2 sob cateter nasal a 5 lits/min
- Hemogasometria
- Manuseio de vias aéreas
- Cardioscopia, oxímetro, sinais vitais, glicemia capilar
- ECG com 12 derivações
- Tratar possíveis arritmias, convulsões e hipotensão.
- Tratar hipertensão: (PA sist>180 e PA diast>120 mmHg) - Labetalol 20 – 40mg IV repetir 30/30 min e Nitroprussiato de Sódio -0,5 a 10 ug/kg/min IV
- Contactar neurologista
- Solicitar vaga em UTI

### **CUIDADOS**

- Cuidado com hipotensão – pode provocar AVC isquêmico
- Apenas heparinizar o paciente se constatado AVC isquêmico e após opinião do especialista.
- Nifedipina SL está CONTRA-INDICADA.
- No AVC hemorrágico obter parecer de neurocirurgião sobre indicação cirúrgica.
- Solicitar ainda, Ht/Hb, Ur, Cr, eletrólitos, ECG e Rx de tórax em PA (risco de aspiração), leucograma.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

Após a estabilização inicial transferir para Unidade com tomografia computadorizada.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM CRIANÇAS**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Iniciar o Tratamento o mais rápido possível evitando septicemia.

284

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Medicamentos (ver abaixo) e impressos para solicitação de exames

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Tratamento Empírico:

- Infecção do trato urinário baixo:

RN:

- 1a Opção: Ampicilina (50-100 mg/kg/dia, IV, de 8/8h ou 12/12h, a depender da idade) + Amicacina (15mg/kg/dia, IV de 12/12h)
- 2a Opção: Ceftriaxone (50mg/kg/dia, IV de 12/12h ou 24/24h)

Crianças Maiores:

- 1a opção: Ampicilina (100-200 mg/kg/dia, IV de 6/6h) e ou amicacina (15mg/kg/dia, IV de 8/8h ou de 12/12h)
- 2a Opção: Ceftriaxone (50-100mg/kg/dia, IV de 12/12h ou 24/24 h)
- Infecção do trato urinário alto:
  - 1a Opção: cefalotina (100-200 mg/kg/dia, IV de 6/6h) + Amicacina (15mg/kg/dia, IV de 8/8 h ou 12/12h)
  - 2a Opção: Ceftriaxone (50-100mg/kg/dia, IV, de 12/12h ou 24/24h)

### **CUIDADOS**

- Solicitar leucograma, sumário de urina e urocultura com antibiograma.
- uso de sulfa ainda é considerado a 1a opção em pacientes com bom estado geral, boa aceitação via oral, sobretudo a nível ambulatorial.

## **PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DAS IVAS**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Diagnosticar e localizar a infecção.
- Promover o tratamento imediato.

285

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo, material para higiene oral

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Tratamento geral (Otites, Laringites, Rinofaringites e Sinusites)
  - Amoxicilina (50mg/kg/dia de 8/8hs) ou cefalexina (100mg/kg/dia de 6/6 horas)
- Casos Moderados de Laringites:
  - Dexametasona (1ml/kg/dose de 8/8 horas)
- Casos de traqueobronquites: referir ao protocolo de asma
- Casos de gengivoestomatites:
  - Higiene com água oxigenada 10 volumes + cepacol.
  - Analgesia sistêmica e/ou local.
  - Deve-se usar penicilina caso a febre persista por mais de 72 horas.

### **CUIDADOS**

- Realizar anamnese e exame físico completo e cuidadoso.
- Tratar febre com paracetamol – 1gt/kg de 4/4 ou 6/6h
- Para afastar sinusite solicitar Rx da face para evidenciar seios etmoidais e maxilares.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Se houver resistência após 48/72 horas, deve-se optar por amoxicilina + clavulanato (50mg/kg/dia de 8/8h) ou Amoxiciliana + clorafenicol (100mg/kg/dia se IV ou 75mg/kg/dia se VO de 6/6h) para pacientes lactentes.
- Avaliar sempre necessidade de associar corticóide.

**PROCEDIMENTO: ABORDAGEM DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

**RESPONSÁVEL:** Médico Psiquiatra

**REVISÃO**

Avaliação clínica do paciente psiquiátrico consta de:

- Anamnese completa;
- Exame físico;

Além da anamnese completa recomenda-se a investigação de algumas funções específicas na alta correlação entre suas anormalidades e o sintoma psíquico.

- Investigação clínica básica
  - Hemograma completo incluindo função plaquetária
  - Função renal;
  - Função hepática;
  - Função tireoidiana
  - Glicemia;
  - Dosagem sérica de eletrólitos (NA, K, CA, MG);
  - Reação sorológica para sífilis (VDRL, FTA e ABS);
  - Sumário de urina

Investigação complementar para transtornos mentais orgânicos:

**Quadros Confusionais Agudos (Delirium)**

Exames	Observações
Líquido céfalo raquidiano (Citológico e bioquímico)	Suspeita de meningite ou encefalite levando a alterações da consciência.
Dosagem sérica de cortisol	Alterações presentes em quadros por abuso de corticoides, Cushing e convulsões.
Dosagem sérica de cálcio	Quadro de agitação ou letargia.
Sorologia para Lupus	Quadros psicóticos/amnésicos
Dosagem sérica de B12 e folatos	Agitação aguda associada ao uso de álcool
Dosagem sérica de vitamina A	Hipervitaminose associada a alteração de consciência
Eletroencefalograma	Distúrbios epilépticos e no diferencial com quadros pseudoepilépticos. Processos tumorais no sistema nervoso central, infartos cerebrais, abscessos, hematomas subdurais, Demência do tipo Alzheimer.
Tomografia Axial Computadorizada (CP)	Estados confusionais devido a lesões do Sistema nervoso central, (tumores, hematomas, abscessos, AVC's, hematomas e Traumatismo crânio cefálico. Demência, esquizofrenia, transtorno do humor.
Ressonância nuclear magnética	Estados confusionais, pacientes com alterações neurológicas focais, diagnósticos diferenciais das demências, no primeiro episódio psicótico. Em casos refratários de esquizofrenia, mania e depressão Pacientes com história de trauma ou Epilepsia.

Obs.: As técnicas de neuroimagens funcionais recentemente fornecem dados sobre o funcionamento cerebral incluindo índice de atividade neuronal, metabolismo celular e o perfil de receptores. São as TC por emissão de fóton único (SPECT) e tomografia por emissão de pósitron.

Marcadores biológicos e monitoração terapêutica são importantes no diagnóstico e tratamento de:

Transtornos do humor, podemos destacar:

- pacientes deprimidos, com comportamento suicida, podem apresentar diminuição do principal metabólito serotoninérgico (5 HIA) além de alterações em receptores betadrenérgicos do córtex cerebral.
- quadros de depressão e fases maníacas podem ser acompanhados de uma diminuição da capacidade de recaptação da serotonina;
- cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresentam resposta achatada ao teste de estimulação do TSH com TRH, se a resposta permanecer alterada mesmo após a remissão do quadro depressivo, podemos esperar uma maior probabilidade de novos quadros depressivos no mês seguinte;
- pacientes deprimidos também podem apresentar diminuição sérica do hormônio luteinizante (LH), bem como resposta achatada do hormônio de crescimento (HG) em estado de hipoglicemia, Insulino induzidos.
- para a monitoração terapêutica dos transtornos de humor, recomenda-se que pacientes com idade superior a quarenta anos realize eletrocardiograma prévio, a introdução de antidepressivos tricíclicos ou tetracíclicos;
- pacientes submetidos a lítoterapia deve fazer investigação prévia da função renal (clearance da creatinina), avaliação da função tireoidiana, incluindo anticorpos anti tireóide, além de eletrólitos e eletrocardiograma.
- uso de carbamazepina requer avaliação hematológica prévia, com contagem plaquetária.

### **Transtornos ansiosos**

Usando os marcadores biológicos detectamos alguns mecanismos neuroquímicos e hormonais, tais como:

- aumento do turnover serotoninérgico em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo;
- Desencadeamento de ataques de pânico em pacientes a partir da infusão intravenosa de lactato de sódio, desencadeamento este que pode auxiliar no diagnóstico em mais de 70% dos portadores dos transtornos do Pânico.
- Inalação de CO<sub>2</sub> também parece provocar ataques de pânico, por estimulação central do Locus Ceruleus. Crise de hiperventilação pode provocar quadro semelhante.
- vias noradrenérgicas parecem estar envolvidas na fisiopatologia do Pânico, observa-se em ataques induzidos por yohimbina, uma antagonista alfa -2 adrenérgicos, que estimulando o Locus Ceruleus promove a liberação de noradrenalina gerando comportamento de medo.
- pacientes com transtorno do pânico pode ter picos de hipersecreção de cortisol, embora as dosagens urinárias de cortisol em 24 horas sejam normais.
- epilepsias do lobo temporal podem estar associadas ao ataque de pânico, com o surgimento de comportamentos compulsivos.

### **URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**

**DEFINIÇÃO** – É toda situação que obriga um atendimento rápido e imprescindível no sentido de evitar consequências danosas tanto para o indivíduo como para o meio social .

Vamos nos ater as urgências psiquiátricas mais comuns que ocorrem nas emergências de Hospitais Gerais, onde não existem psiquiatras de plantão e são atendidas por médicos urgentistas.

### RECURSOS NECESSARIOS

- Ambiente físico ideal com as seguintes características:
  - Propiciar espaço para livre movimentação da equipe toda.
  - Ausência de objetos perigosos
  - Acesso fácil de pessoal de apoio para proteção e contenção.
  - Visualização fácil do paciente para intervenção rápida.
- A Equipe deve contar com:
  - Serviço médico laboratorial para o auxílio diagnóstico e tratamento conjunto.
  - Equipe de enfermagem com treinamento específico em abordagem verbal, contenção física e avaliação psiquiátrica.
  - Serviço Social.

288

### PRINCIPAIS URGENCIAS PSIAQUIATRICAS

Síndromes mentais orgânicas – Há doenças orgânicas que apresentam vários sintomas psiquiátricos: diminuição do nível de consciências , distúrbio sensil/ preceptivo , aumento ou diminuição da atividade motora, desorientação tempero espacial ou pessoal , prejuízo da memória e da atenção. Há um predomínio do delírio.

Principais doenças orgânicas:

- Isquemia Cerebral difusa ou território vértebrobasilar
- Hipoxia, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, hormonais, deficiências graves de vitaminas e processos infecciosos
- Falências de órgãos (insuficiência renal, hepática e cardíaca)
- Quadros ictais e pós-ictais
- Traumatismos cranianos
- Lesões expansivas
- Doença infecciosa do sistema nervoso central e de outros órgãos
- Doenças Inflamatórias do SNC.

Condutas terapêuticas:

- Medidas gerais
  - Os ambientes mal iluminados facilitam o aparecimento de distúrbio do senso de percepção por isso deve-se manter o ambiente muito bem iluminado.
  - Indicadores que facilitam a orientação do paciente: Relógios, Calendários, etc.
  - Prover orientação adequada ao paciente nos períodos de lucidez, em relação ao ambiente e eventual uso de equipamentos e manipulações ainda que seja necessária repetir varias vezes a mesma informação.
  - Muitas vezes é necessário manter o paciente no leito mesmo quando ele não esteja confuso no momento, pela flutuação do quadro. Quando isto ocorrer deve ser explicada clara e insistentemente o motivo deste procedimento. A contenção é por se só o estressante ambiental importante que pode ensejar reações de agressividades ou medo nos pacientes.

**\*MEDICAÇÃO** - Quando houver medicação usar haloperidol 5 mg IM há cada 30 minutos até que se obtenha sedação ( dose máxima nas 24 horas 45 mg ).  
Quando houver contra indicação no uso deste neuroléptico usar 10 mg de diazepam IM.

## **SINDROMES PSIAQUIÁTRICAS**

### **Quadros confusionais**

Intoxicação alcoólica aguda: O consumo excessivo de álcool pode causar euforia, diminuição da atenção, prejuízo da atenção, prejuízo do julgamento, irritabilidade, labilidade emocional etc. Acompanha-se de hálito alcoólico, fala pastosa, ataxia, hiperemia conjuntival, nistagmo e rash facial.

Normalmente os efeitos iniciais são desinibição comportamental, com expansividade e hiperatividade com doses mais elevadas. Nota-se lentidão, sonolência, retraimento, progressiva diminuição do nível de consciência e eventualmente coma . A morte pode ocorrer por depressão respiratória ou aspiração de vômito quando a alcoolemia atinge de 400 a 700 mg /dm.

Os casos leves ou moderados de intoxicação resolvem por si mesmo entre 3 a 12 horas após a suspensão do uso do álcool. O caso de coma alcoólico deve receber cuidados habituais podendo ser necessário o uso de ventilação mecânica e hemodiálise.

\* Síndrome de abstinência do álcool

- Inicia-se algumas horas ou até 2 dias após a interrupção ou diminuição da ingestão de álcool .Normalmente remite espontaneamente em 5 a 7 dias
- Sinais e sintomas – Tremores, Náuseas e / ou vômitos, fraquezas, hiperatividade autonômica (taquicardia, sudorese e aumento pressão arterial) ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias, ilusões, cefaleia e insônia. Pode ocorrer convulsão tônico/clônicas generalizadas.
- Diagnóstico diferencial-Abstinência de benzodiazepínico, hipoglicemia cetoacidose diabética e tremor essencial. O quadro pode remitir espontaneamente em até 7 dias .
- Terapêutica: Tiamina 100 mg intramuscular

\* Controle hidroeletrólitos hidratação reposição de eletrólitos

\* Sedação diazepam 10mg VO. Evitar doses excessivas. O paciente deve ser mantido alerta em condições de cooperar.Nas hepatopatias graves preferir o uso de lorazepam.

Nas abstinências graves pode ocorrer broncopneumonia, infecção urinaria, convulsões, lesões no SNC e depressão

Delirium Tremens: É a forma mais grave da abstinência ao álcool.

\* Sinais e sintomas: Delirium, tremores e hiperatividade autonômica.

Rebaixamento do nível de consciência da atenção voluntária, desorientação temporo/espacial, desorganização do pensamento, alucinações auditivas e visuais, auditivas e táteis. Os tremores são grosseiros, podendo envolver mãos, pés e região perioral. Presença de febre, taquicardia, sudorese e oscilações da pressão arterial. Podemos encontrar distúrbios hidroeletrólitos, hipoglicemia, convulsões, traumatismo crânio encefálica, infecções, insuficiência hepática, síndrome de Wernicke-Korsakoff .

Terapêutica-5 a 15% dos pacientes morrem quando não são tratados evoluem para lesões do SNC, desnutrição, broncopneumonia, septicemia convulsões e morte. O paciente com delirium tremens deve ser internado em todos os casos.

Conduta-Hidratação: Tiamina intramuscular 100 mg, correção dos distúrbios eletrolíticos (MG,K, NA).Uso rotineiro do complexo B, sedação: Uso de diazepam 10 mg VO ou IV.

### **Alucinose Alcoólica**

#### **Sintomas e sinais**

Alucinações vividas e persistentes que aparecem logo após a redução, parada ou aumento de ingestão de álcool, sem alteração do nível de consciência. Ocorre após 48 horas. As alucinações podem ser auditivas ou outros sons com conteúdos

desagradáveis ou visuais. Eventualmente ocorrem ideias de perseguições pouco estruturadas, o quadro pode durar alguns dias ou meses.

O diagnóstico diferencial é como esquizofrenia ou abstinência de álcool.

Tratamento – Haloperidol na dose de 1 a 10 ml ao dia

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Sinais e sintomas

Ataxia cerebelar, confusão mental, oftalmoplegia, nistagmo e numa fase mais avançada comprometimento da memória. Mais de 15% dos casos não tratados podem evoluir para a morte. A encefalopatia de Wernicke se deve a incapacidade de utilização da glicose na falta da vitamina B1 (tiamina) como também outras vitaminas do complexo B.

Tratamento

Altas doses de tiamina intramuscular, 100 mg diários por 1 semana. Outras vitaminas do complexo B devem ser repostas. A encefalopatia de Wernicke pode ser desencadeada pela administração de glicose endovenosa no alcoolista em quadro de abstinência pelo álcool, sem a prévia administração de tiamina.

Suicídio

Considerações

Em todos os países ocidentais, o suicídio está entre as 10 primeiras causas de morte. Estima-se que cada dia mais ou menos 1000 pessoas cometem o suicídio no mundo.

Fatores que se correlacionam com o suicídio

- migração – migrantes tem taxas mais altas;
- Laços sociais – indivíduos com laços sociais estáveis, como casamento, família e emprego, têm taxas menores de suicídio
- Tentativas prévias – aumentam a chances de tentativas subsequentes;
- Ausência de convicções religiosas;
- Sentimento de desesperança e pessimismo;
- Presença de doenças crônicas;
- Doenças associadas ao suicídio

Doenças orgânicas associadas ao suicídio

- Epilepsia
- Traumatismo craniano
- Doença cardiovascular
- Coreia de Huntington
- Demência
- Aids
- Esclerose múltipla

Doenças Psiquiátricas associadas ao suicídio

- Depressão
- Quadros psicóticos
- Transtornos de personalidade
- Acoolismo

## DEPRESSÃO

A depressão é o diagnóstico mais frequente entre pacientes com tentativa de suicídio, 35 a 80% dos casos. 15% dos pacientes com depressão e 16% dos alcoolistas morrem por suicídio. Dois sintomas são evidentes: anedonia e desesperança. 10% dos pacientes com esquizofrenia se suicidam, em geral nos primeiros anos da doença.

Tratamento

1. Quando da chegada do paciente com suspeita de tentativa de suicídio na unidade de emergência, a prioridade é para os cuidados clínicos que devem incluir testes abrangentes para detecção de drogas comumente utilizadas para a tentativa de suicídio, mesmo que o meio aparente não seja este.

2. Nessa fase deve-se tentar obter o máximo de informação possíveis dos acompanhantes sobre as condições imediatas e mediatas onde ocorreu a tentativa;
3. A avaliação psiquiátrica conclusiva deve ser feita após a desintoxicação completa;
4. A pesquisa de transtornos psiquiátricos e fatores de estresse social e psicológico deve ser extensiva;
5. Os principais fatores de risco a serem observados são: sexo masculino acima de 44 anos, sem cônjuge, desempregado, sem suporte familiar, acesso fácil a meio potencialmente letais, com doença crônica, depressão, psicose, transtorno da personalidade ou dependência de álcool, ou outras substâncias psicoativas, tentativa prévia de suicídio, ideação suicida persistente e tentativa violenta;
6. Quanto a decisão sobre a conduta a ser tomada deve-se levar em conta as condições do paciente, suporte de familiares e amigos e condições de tratamento extra hospitalar.

## **ESTADOS PSICÓTICOS E PACIENTES VIOLENTOS**

### Sinais e Sintomas

Agitação psicomotora e liberação de agressividade. São frequentemente observados em pacientes delirantes, esquizofrênicos e maníacos. O paciente violento é um problema dos mais difíceis na prática médica de urgência. O fenômeno da violência pode ocorrer nos serviços de urgência como também em clínica de internação, ambulatórios, consultórios, ambiente domiciliar ou até em via pública.

Indicadores de comportamentos para avaliar o potencial de violência

1. Postura – manter-se em pé, andar de um lado para o outro e atitude tensa, sugere um potencial agressivo;
2. Discurso – o volume da voz é proporcional a possibilidade de agressividade.
3. Discurso acelerado, voz alta, intolerância a abordagem indicam possibilidade de agitação psicomotora;
4. Atividade motora: o paciente apresenta dificuldade em permanecer sentado, acatar orientações e permanecem observando os fenômenos circundantes. Indicam o maior potencial de violência.

### Diagnóstico

1. Quadros de etiologia orgânica: são quadros que frequentemente apresentam alterações da consciência. Alterações bruscas de comportamento. A abordagem deverá simultaneamente pesquisar os distúrbios orgânicos e promover o tratamento da disfunção somática, como garantir a proteção do paciente e reduzir a expressão comportamental observada.
2. Quadros psicóticos agudos: refere-se à esquizofrenia e outras psicoses delirantes e manias. Podem representar o início de uma psicose ainda sem tratamento ou mesmo uma reagudização;
3. Quadros não psicóticos e não orgânicos: destacam-se os transtornos da personalidade e situações secundárias a problemas sociais. São situações de menor gravidade médica e imediata, mais susceptíveis a abordagem verbal e situacional. A intervenção medicamentosa quando necessária, deve-se utilizar baixas doses.

### Tratamento

Envolve desde a condução da entrevista, contenção física, a medicação e os controles clínicos:

1. Contenção física – se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente ao tratamento.

2. Deve ser realizada pela equipe de serviço composta de cinco indivíduos previamente treinados que realizarão a contenção no leito de observação de forma a permitir as avaliações clínicas, medidas de higiene, alimentação e medicação. A contenção física visa proteger o paciente, equipe e outras pessoas presentes e permitir a avaliação clínica. Deve durar no máximo 12 horas;
3. Tratamento medicamentoso – neuroleptização rápida. Haloperidol 5 mg intramuscular repetida a cada 30 min até que se obtenha a sedação (dose máxima de 45 mg em 24 hs). A utilização de ansiolíticos deve ser cogitada quando não se tratar de episódios psicóticos ou síndrome mental orgânica. O tratamento do quadro específico deverá prosseguir após abordagem de emergência em regime de internação ou ambulatorial.

292

#### Estados Neuróticos

1. Conversão Histórica – muito frequente nas urgências, geralmente pacientes do sexo feminino, com quadros e crises psicomotoras histéricas, com forte componente de teatralidade. São pacientes com personalidade de caráter imaturo, dependentes, sugestionáveis, etc., que em qualquer conflito podem apresentar este quadro.

#### Tratamento

Diazepan 5 mg intramuscular

O paciente deve ser ajudado a compreender a situação conflituosa que deu origem ao quadro. Realizar psicoterapia, se possível hipnose e as vezes sonoterapia. Encaminhar o paciente para tratamento psicoterápico.

#### Transtornos Ansiosos

1. Ansiedade normal – é aquela que se apresenta com reação compreensível a fenômenos vivenciais, por exemplo, assalto, mortes de entes queridos, etc.
2. Ansiedade patológica – é aquela secundária a alguns dos vários transtornos ansiosos como transtorno do pânico, fobias, transtornos obsessivo compulsivos, entre outros.
3. Ansiedade associada a outras patologias psiquiátricas – é a ansiedade como sintoma em transtorno do humor e quadro psicótico.

#### Tratamento

No primeiro caso, apenas psicoterapia e um ansiolítico de baixa dosagem - alprazolam 0,5 mg via oral. No segundo caso o uso de benzodiazepínicos via oral, 10 ml e encaminhamento para tratamento ambulatorial.

No terceiro caso, quando a ansiedade for secundária ao quadro psicótico, usar haloperidol 5 mg, intramuscular.

### **DEPRESSÕES**

#### Classificação

- Depressões Reativas: são secundárias a neuroses, ansiedades, conflitos, estresse, etc.
- Depressões somatogênicas: secundárias a doenças cerebrais orgânicas, doenças sistêmicas e uso de certas drogas.
- Depressões endógenas: tem um caráter genético e muitas vezes independem de situações ambientais. Caracterizam-se por uma variação de humor, sempre mais acentuadas pela manhã e apresentam variações no sono, como acordar precoce na madrugada. Retardo psicomotor ou agitação, alterações do apetite e do peso corporal, tendência a evolução em fases intercaladas com período de franca remissão. As depressões endógenas podem assumir uma forma unipolar ou alternando-se com a fase de mania (bipolar).

## Tratamento

O tratamento depende da gravidade da doença. Muitos pacientes se beneficiam apenas com o tratamento psicoterápico – terapia cognitiva comportamental, outros são necessários o uso de medicamentos, na verdade é importante a associação dos dois tipos de tratamento.

Depressões reativas: uso de ansiolíticos, Alprazolam 0,5 mg duas vezes ao dia + terapia cognitiva comportamental.

As depressões mais intensas podemos usar os tricíclicos Amiriptilina na dose máxima de 150 a 300 mg/dia, recentemente pelos seus efeitos colaterais menores estão sendo usados os inibidores seletivos da captação de serotonina: fluoxetina 20 mg por dia ou Citalopran 20 mg por dia.

Depressões somatogênicas: ansiolítico, clonazepam 0,5 mg duas vezes ao dia, fluoxetina 20 mg por dia ou Citalopran 20 mg ao dia, lembrar que esses medicamentos tem seu efeito satisfatório a partir de 15 a 21 dias.

Depressões endógenas: psicose maníaca depressiva: usar carbonato de lítio 600 mg / dia a 900 mg / dia. Os pacientes que não responderem ao lítio usar carbamazepina 400 a 800 mg / dia. Há pacientes que necessitam de eletroconvulsoterapia, principalmente aqueles com ideias suicidas de 4 a 12 aplicações.

## ESQUIZOFRENIA

### Sinais e Sintomas

Ideias delirantes, comportamento claramente inadequado e desacostumado, alucinações e transtorno psicomotor grosseiro com hipo ou hiper atividade e presente em grau severo; a retirada social, transtornos do pensamento que não sejam delirantes, medo esmagador, transtornos do afeto, despersonalização e desleixo.

### Etiologia

Existem fatores predisponentes genéticos e constitucionais bioquímico em concomitância com fatores desencadeantes: desestruturação familiar, dificuldade de desenvolvimento, instalação e uma comunicação ambígua, etc. do ponto de vista bioquímico fala-se numa hipótese dopaminérgica como a produtora dos sintomas de esquizofrenia. A dopamina é um neurotransmissor cerebral liberado em vesículas na sinapse do SNC. Existem quatro sistemas dopaminérgicos no cérebro;

1. Sistema Mesolímbico;
2. Sistema Mesocortical;
3. Sistema Nigroestrial;
4. Sistema Túbero-Infundibular.

Na psicose esquizofrênica estariam envolvidos os dois primeiros sistemas. Esta hipótese está fundamentada no fato de que a medicação neurolética antipsicótica bloqueia os receptores pós-sinápticos da dopamina ocorrendo com isso melhora da sintomatologia. Por outro lado a administração de agonista da dopamina piora a sintomatologia esquizofrênica.

### Classificação

Existe 4 subgrupos de esquizofrenia: Simples, Catatônica, Hebefrênica e Paranóide

1. Esquizofrenia simples: caracteriza-se pelo autismo, pela superficialidade das respostas emocionais, com perda gradual e insidiosa da vontade, interesse, iniciativa, afasta-se do contato com as pessoas e tende ao isolamento;
2. Na esquizofrenia Catatônica além dos sintomas anteriores estão presentes sintomas psicomotores. O paciente apresenta-se com acinesia tendendo a flexibilidade cêria ou hipercinesia estereotipada. Ainda estão presentes o negativismo e a obediência automática à ordens simples.

3. A esquizofrenia Herbefrênica caracteriza-se por grande desagregação do pensamento levando a uma agitação psicomotora desordenada e bizarra acompanhada de risos imotivados e falta de crítica, demonstra ações de todo o caos interno vivenciado;
4. Na esquizofrenia paranóide estão presentes as alucinações e delírios de alta referência em geral persecutórios.

#### Tratamento

Fase aguda: é importante o controle rápido da sintomatologia para aliviar o perigo de automutilação e sofrimento. A hospitalização é indicada quando há falta de suporte familiar e o risco é para o próprio paciente. Quando há colaboração dos familiares não há necessidade de internação.

#### Medicamentos

Deve-se levar em conta a sua ação anti-dopaminérgica e preferindo aquelas que produzem menos efeitos extrapiramidais. A clopromazina é a droga de escolha na dosagem que varia de 100 a 1.200 mg (amplictil) nas 24 horas. Tem com vantagem, produzir menos impregnação tendo como consequência menos fenômenos extrapiramidais. Outra medicação é a tioridazina na dose de 50 a 800 mg em 24 horas, também produz menos impregnação extrapiramidal. O haloperidol, a fluofenazina e a trifluorperazina dão impregnação extrapiramidal. Essas drogas devem ser tomadas uma só vez nas 24 horas, de preferência à noite.

#### Tratamento de manutenção

Essa droga deve ser mantida durante 6 meses no primeiro surto, 12 a 18 meses após o segundo turno e talvez pela vida inteira após o 3º a 4º surto.

Outras drogas estão sendo usadas, atualmente a risperidona tem sido um medicamento de primeira escolha para o tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Estudos têm demonstrado que sua eficácia é igual ou superior do haloperidol sem os efeitos colaterais do mesmo. Os melhores resultados foram observados com a dose de 6 mg ao dia

Por fim estão sendo usados também, com sucesso, a olanzapina e a clozapina, que são muito eficientes nos casos refratários ao uso dos neurolépticos típicos, tendo entretanto, um custo elevado.

Muitos pacientes se beneficiam com a psicoterapia.

### **SÍNDROME DO PÂNICO**

#### Sinais e sintomas

Os ataques de pânico são caracterizados pelo início súbito em que os pacientes se sentem tomados por um intenso medo, sensação de vertigem, falta de ar, palpitações, tremores, sudorese, náuseas e sensações de calor e frio no corpo. A duração da crise pode ser de alguns minutos até 1 ou 2 horas e são acompanhadas por um intenso sentimento de medo de morrer, de perder o controle ou enlouquecer. A maioria das pessoas apresentam essas crises várias vezes por semana, podendo desenvolver um quadro de agorafobia (medo de sair nas ruas, entrar em supermercados, bancos, etc.) com evidente restrição de sua capacidade pragmática. O diagnóstico diferencial deve ser com as crises provocadas por abstinência, hipoglicemia, hipertireoidismo.

#### Tratamento

A medicação de escolha deve ser uma associação (de ISRS) paroxetina de 20 a 40 mg/dia associado ao ansiolítico, cloxazolam 6 mg em 24 horas.

### **TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**

#### Sinais e sintomas

Caracteriza-se por apresentar obsessões (ideias, pensamentos ou impulsos que impõem a consciência da pessoa contra a sua vontade e que são reconhecidas em geral como sendo absurdas e insensatas e compulsões (comportamentos repetitivos e executados geralmente de forma ritualística e estereotipada). Frequentemente as compulsões têm a finalidade de anular ou neutralizar algum acontecimento terrível que a pessoa julga que pode provocar em seu pensamentos.

Os pensamentos obsessivos mais comuns são relativos a contaminações (micróbios, doenças, tóxicos, preocupações com simetrias e ordem, dúvidas patológicas “Fechei ou não o gás, a porta, a torneira?”, e escrúpulos religiosos e morais. As compulsões mais comuns referem-se a lavar as mãos e banhos (algumas pessoas chegam a consumir horas em banhos ritualísticos). Contar, conferir ou verificar, tocar compulsivamente objetos específicos, arrumar simetricamente os objetos e rituais de ordem e limpeza.

Estuda-se também a relação do TOC com a Síndrome de Gilles De La Tourette, caracterizada por tiques motores e vocais.

Tratamento

Várias drogas têm sido usadas. Anafranil (clorimipramina) em doses relativamente elevadas durante 10 a 12 semanas de até 250 mg /dia recentemente tem sido usados os inibidores seletivos da recaptção da serotonina dentre eles a Paroxetina na dose de 40 a 60 mg. Há casos severos em que o paciente tem que usar longos períodos da droga, e até por toda a vida.

Terapia Cognitiva Comportamental.

## **EPILEPSIAS**

Definição: é uma desordem do funcionamento cerebral, provocada por diversas patologias cuja expressão final comum são crises epiléticas recorrentes na ausência de drogas, tóxicos e distúrbios metabólicos ou estados febris.

As crises epiléticas podem ocorrer espontaneamente ou desencadeadas por fatores tais como privação do sono, estresse emocional, período pré-menstrual

Etiologia

Fatores genéticos predominam nas epilepsias generalizadas e idiopáticas e aumentam a susceptibilidade para as epilepsias sintomáticas.

Lesões crônicas, difusas ou focais (hematomas, mal formações, traumas, infecções, tumores, esclerose mesial do lobo temporal, etc.) envolvendo o córtex cerebral podem levar a epilepsia sintomáticas.  $\frac{3}{4}$  dos pacientes não apresentam qualquer evidência de lesão cerebral.

Classificação das crises

As crises epiléticas são classificadas como parciais (CP) e crises generalizadas (CG).

As CP apresentam evidências clínicas e/ou eletroencefalográficas de início local (foco) enquanto as CG não apresentam qualquer evidência nesse sentido (manifestações clínicas e EEG indicam envolvimento inicial simultâneo de ambos os hemisférios).

As CP são divididas em crises parciais simples (CPS), crises parciais complexas (CPC) e crises parciais e secundariamente generalizadas (CPSG).

Nas CPS crise parcial simples, a consciência não está prejudicada, na CPC a consciência está prejudicada desde o início da crise ou após o começo como CPS (muitas vezes chamada de aura. As CPC podem apresentar automatismo (atividade motora mais ou menos coordenada, involuntária, ocorrendo num estado de consciência prejudicada. Nesta classificação a consciência é operacionalmente definida como o grau de conhecimento: contato do paciente com os eventos e capacidade de lembrá-los) e /ou responsividade do paciente a estímulos externamente aplicados (habilidade do paciente em atender comando simples ou realizar movimentos intencionais)

A CG são divididas em mieclônicas, clônica, tônicas, tônico/clônicas, atônicas e crises de ausência. Algumas síndromes epiléticas (desordens epiléticas, caracterizadas por sintomas e sinais costumeiramente associados, mas que não tem necessariamente uma única etiologia). Tem uma grande importância prognóstica. Na classificação das síndromes, o primeiro passo é o de separar epilepsias sintomáticas ou secundárias de epilepsias com crises parciais ou focais (epilepsias relacionadas a localização parciais ou focais).

O segundo passo é o de separar epilepsias sintomáticas ou secundárias, etiologia conhecida das idiopáticas (suposta causa hereditária) e das criptogenéticas (supostamente sintomáticas mas sem etiologia conhecida).

Tratamento

De um modo geral os barbitúricos (fenobarbital e primidona) e fenitoína estão sendo gradualmente substituídos por novas drogas antiepilépticas especialmente a carbamazepina e o Valproato de sódio porque estes apresentam um perfil de efeitos colaterais neuropsiquiátricos mais suaves e por terem sido recentemente associadas a propriedades psicotrópicas ou que se torna o seu uso em pacientes portadores de epilepsia com transtornos mentais associados particularmente interessantes. O papel dos Benzodazepínicos está restrito ao tratamento agudo de estado de mal epilético. O clonazepam e clobazam são considerados de valor no tratamento crônico de alguns tipos de crises recentemente novas drogas surgiram do tratamento: Vigabatrina, Lamotrigina, Oxicarbazepina, tem sido usados como coadjuvantes no tratamento nas crises de difícil controle. O Valproato de sódio por ter um espectro amplo é a droga de escolha nos casos que não se chegou a um diagnóstico do tipo de epilepsia. No caso de conseguir uma classificação adequada desde o início a Carbamazepina tem sido considerada a droga da primeira escolha para as crises parciais com ou sem generalização secundária,

Valproato de sódio: dose de manutenção nas crianças 10 a 40 mg/kg peso/dia via oral, adulto 500 a 300 mg/dia uma vez por dia; Carbamazepina: dose de manutenção adultos 400 a 1800 mg/dia via oral; criança: 10 a 30 mg/kg/dia dividido em duas doses via oral; Fenitoína: adulto 15 a 600 mg/dia, 1 vez ao dia, via oral; Criança 5 a 15 mg/kg/dia duas vezes ao dia, via oral; Fenobarbital: adultos – 20 a 240 mg/di via oral, 1 vez ao dia; Criança 2 a 6 mg/kg/dia 1 vez ao dia, via oral.

Proposta para classificação Revisada de crises epiléticas de 1981

I. Crises parciais (focais)

A. Crises parciais simples (consciência preservada)

- Com sintomas motores
- Com sintomas somatossensitivos ou sensoriais
- Com sinais e sintomas autonômicos
- Com sintomas psíquicos

B. Crises parciais complexas (consciência prejudicada)

- Início parcial simples seguida por prejuízo de consciência
- Com prejuízo de consciência desde o início

C. Crises parciais evoluindo para crises generalizadas

- Crises parciais simples evoluindo para crises generalizadas
- Crises parciais complexas evoluindo para crises generalizadas
- Crises parciais simples evoluindo para crises parciais complexas evoluindo para crises generalizadas.

II. Crises generalizadas (convulsivas ou não convulsivas)

1. Crises de ausência
- B. Crises de ausência atípicas
- C. Crises mieclônicas
- D. Crises clônicas
- E. Crises tônicas
- F. Crises tônico-clônicas
- G. Crises atônicas (astáticas).

III. Crises epiléticas não classificadas

- A. Por não se enquadrarem na classificação.
- B. Por dados incompletos.

Proposta para classificação de epilepsia e Síndromes Epiléticas de 1989

Epilepsia e síndromes focais, locais e parciais.

- Idiopáticas (com início relacionado a idade)

- Epilepsia benigna da infância com ponta centrotemporal (Rolândica)
- Epilepsia da infância com paroxismo occipital
- Epilepsia primária da leitura

- Sintomáticas

- Epilepsia parcial continua crônico-progressiva
- Síndromes caracterizadas por crises com modos específicos de precipitação
- Epilepsia do lobo temporal
- Epilepsia do lobo frontal
- Epilepsia do lobo parietal
- Epilepsia do lobo occipital

- Criptogenéticas - presumivelmente sintomáticas e etiologia desconhecida.  
Epilepsia e síndromes generalizadas

- Idiopáticas (com início relacionado a idade)

- Convulsão neonatal benigna
- Epilepsia mieclônica benigna da infância
- Ausência da infância
- Ausência juvenil
- Epilepsia mieclônica juvenil
- Epilepsia com crise do tipo grande mal ao desperta
- Outras Epilepsias idiopáticas generalizadas
- Epilepsia com crises precipitadas por modos específicos de ativação

- Criptogenéticas ou sintomáticas

- Síndrome de West
- Síndrome de Lennox-Gastaut
- Epilepsia com crise mieclônica instável
- Epilepsia com ausências mieclônicas

Sintomáticas

- Etiologia inespecífica

- Encefalopatia mieclônica precoce
- Encefalopatia epilética infantil precoce com surto-supressão
- Outras epilepsias sintomáticas generalizadas

Síndromes específicas

- Crises epiléticas complicando outros estados patológicos.

Epilepsia e síndromes indeterminadas quanto a serem focais ou generalizadas

- Com crises generalizadas e focais

- Crises neonatais
- Epilepsia mieclônica severa da infância
- Epilepsia com ponta-onda continua durante o sono lento
- Afasia epilepsia adquirida
- Outras epilepsias indeterminadas

Sem características focais ou generalizadas específicas

Síndromes especiais

Crises situacionais

- Convulsões febris
- Crises isoladas ou "estado de mal epilético" isolado

Crises ocorrendo apenas com quadros metabólicos ou tóxicos agudos.

Sumário de dados sobre valproato de sódio.

#### Farmacocinética

- Dose de manutenção 

crianças: 10-40mg/kg/dia
o adultos : 500-3000mg/dia
- Frequência diária mínima 1 vez/dia
- Níveis séricos terapêuticos 350-700umol/l(10-20ug/ml)
- Absorção oral > 95%
- Pico sérico 1-4 hs (drágeas)
- 2-8 hs (cápsulas de absorção entérica)
- Ligação protéica\* Aproximadamente 90%
- Vol. Distribuição aparente 0.1-0.4l/kg
- Meia-vida de eliminação 9-21 hs (adultos)
- Tempo p/atingir 4 dias
- Steady-state
- Metabólitos principais B, w e w-1 derivados oxidativos

298

#### Sumário de dados sobre carbamazepina

##### FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção Adultos: 400-1800 mg/dia
- Crianças: 10-30 mg/kg/dia
- Frequência diária mínima 2 vezes/dia
- Níveis séricos terapêuticos\* 20-40 mol/l(5-10ug/ml)
- Absorção oral lenta e errática
- Piso sérico 4-8 hs (mas pode se retardar para 24 hs)
- Ligação protéica 75%
- Vol. Distribuição aparente 1.2 l/kg
- Meia-vida de eliminação
- Dose única 20-55 hs
- Terapia crônica 10-30 hs (adultos)
- 8-20 hs (crianças)
- Tempo para atingir
- Stead-state ocorrer-queda posterior por
- Autoindução enzimática)
- Metabólicos principais 10,11-epóxido (ativo)
- Dihidrodiol (inativo)
- Hidrox-metábolitos (inativos)
- Iminostibeno (inativo)
- Dosagem sérica é útil para prevenir intoxicação aquosa e piora de crises que podem ocorrer com doses elevadas.

#### Sumário de dados sobre fenitoína

##### FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção Adultos: 15-600 mg/dia
- Crianças: 5-15 mg/kg/dia
- Frequência diária mínima Adultos: 1vez/dia
- Crianças: 2 vezes/dia
- Níveis séricos terapêuticos\* 40-80 mol/l (10-20 ug/ml)
- Absorção oral errática
- Pico sérico 4-12 hs (oral)
- Muitas horas (intramuscular)
- Ligação protéica 85-90%
- Vol. Distribuição aparente 0,45 l/kg
- Meia-vida de eliminação 9-140 hs (cinética de saturação)
- Tempo p/atingir 7-21 dias
- Steady-state
- Metabólitos principais 5-(p-hidroxifenil)-5-fenihidanteína (inativo)

- Metabólitos principais MHD glucoronídeo (inativo)

Após a sua absorção, oxcarbazepina é rápida e quase completamente metabolizada por um processo de redução para o seu metabólito ativo monohidro derivativo (MHD), que é responsável pelas suas propriedades terapêuticas. Oxcarbazepina deve ser considerada uma pró-droga. Os dados marcados com\* se referem ao MHD.

#### Sumário de dados sobre fenobarbital

##### FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção Adultos: 20-240 mg/dia
- Crianças: 2-6 mg/kg/dia
- Frequência diária mínima 1 vez/dia
- Níveis séricos terapêuticos\* 70-180 mol/l (15-40 ug/ml)
- Absorção oral Completa, mas com velocidade
- Lenta e variável
- Pico sérico 1-6 hs
- Ligação protéica 45%
- Vol. Distribuição aparente 0.5 l/kg
- Meia-vida de eliminação Adultos:50-160 hs
- Crianças: 30-70 hs
- Tempo p/atingir Até 30 dias
- Steady-state
- Metabólicos principais Para-hidroxifenobarbital (inativo)

\* Tolerância pode se desenvolver, tornando os níveis terapêuticos duvidosos.

##### EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Toxicidade e retirada: ingestão excessiva pode provocar depressão respiratória profunda e morte, síndromes de retirada com crises de difícil controle/estado de mal podem ocorrer; dependência, comportamento de adição e abuso podem ocorrer.
- Efeitos colaterais comuns: sedação (pode se desenvolver tolerância), insônia, hipercinesia e transtornos de comportamento em crianças/desinibição comportamental e excitação paradoxal em idosos ou lesionados cerebrais, nistagmo, disartria, ataxia, lentificação cognitiva, depressão.

##### DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

O CID-10 propõe as seguintes diretrizes para diagnóstico da Síndrome de dependências de substâncias psicoativas:

O diagnóstico definitivo deveria normalmente ser estabelecido apenas quando três ou mais dos seguintes tiverem sido experimentados ou exibidos durante o ano anterior:

- a) forte desejo ou senso de compulsão para tomar a substância;
- b) dificuldade em controlar o comportamento de uso da substância quanto ao seu início, final ou níveis de uso;
- c) estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou uso da mesma substância ( ou outra intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) evidência de tolerância de modo que doses crescentes de substância psicoativa são necessárias para se obter efeitos originalmente produzidos por doses menores (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes do álcool o de opiáceos que podem tomar diariamente doses suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- e) desinteresse progressivo por interesses ou prazeres alternativos devido ao uso da substância psicoativa; quantidade maior de tempo necessário para



obter ou usar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;

- f) continua o uso da substância a despeito de consequências danosas, tais como comprometimento hepático por beber excessivamente ou prejuízo das funções cognitivas relacionado ao uso de drogas; deve-se fazer um esforço para determinar se o usuário realmente está, ou deveria estar, consciente da natureza ou extensão dos danos.

Um aspecto essencial da síndrome é que o desejo ou a compulsão de usar uma substância psicoativa deve estar presente.

Esta exigência para o diagnóstico excluiria, por exemplo, pacientes cirúrgicos que recebem opióides para o alívio da dor, os quais podem apresentar sinais de abstinência de opióides quando as drogas não são dadas mas, que não tem qualquer desejo de continuar consumindo drogas.

Tentativas infrutíferas de controle (interrupção ou redução do consumo) constituem outra característica importante. A dependência correlaciona-se com índices mais altos de evasão escolar, distribui-se igualmente entre indivíduos empregados, e desempregados, sendo, porém, grande fator de prejuízos laborais. Pode ocorrer um estreitamento do repertório pessoal em relação aos padrões de consumo da substância psicoativa.

Classicamente, este estreitamento é relacionado ao alcoolismo, caracterizando-se por preferência por bebidas progressivamente com maior teor alcoólico. No entanto, recentemente, este conceito foi ampliado para a preferência pelo consumo de substâncias psicoativas em detrimento de outras atividades anteriormente consideradas importantes pelo indivíduo (sociais, recreacionais e interpessoais).

A síndrome de dependência pode estar presente para uma substância específica (tabaco ou diazepam, p. ex.) ou para uma grande variedade de diferentes substâncias.

Outro padrão patológico relacionado ao consumo de substância é o abuso de substâncias psicoativas. Este é definido pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana como:

O padrão de consumo de drogas que acarreta prejuízo clínico significativo, manifestado por pelo menos um dos seguintes:

1. Consumo recorrente da substância causando incompetência do indivíduo no cumprimento de obrigações domésticas, acadêmicas ou de trabalho.
2. Consumo recorrente em situação de risco físico.
3. Problemas legais repetidos pelo consumo ou atividades relacionadas a este.
4. Persistência do consumo apesar dos problemas recorrentes em áreas sociais, interpessoais causados ou exacerbados pelo uso."

O indivíduo com Abuso não deve ter apresentado os critérios que definem a dependência.

O abuso difere da dependência, pois o indivíduo não apresenta um padrão de uso compulsivo (consumo que não se caracteriza por impossibilidade de controle, ou mesmo o uso da droga não é maior, nem em quantidade nem em duração, do que o inicialmente desejado), não apresenta tolerância ou sintomas de abstinência.

## **QUADROS PSIQUIÁTRICOS E COMPLICAÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS E SEU TRATAMENTO**

### ÁLCOOL

Mais de noventa por cento dos adultos já usaram álcool. Seu uso é aceito pela imensa maioria das pessoas e está integrado a inúmeras situações sociais. Do ponto de vista bioquímico, o álcool é um depressor do sistema nervoso central: causa uma desorganização generalizada da transmissão dos impulsos nas membranas excitáveis. Possivelmente, alguns de seus efeitos são mediados por um mecanismo mais específico envolvendo receptores GABA.

Quando usado em baixas doses e dependendo do ambiente e estado psicológico do usuário, o álcool pode diminuir a ansiedade, causar uma sensação de bem-estar e

desinibição.

Mesmo baixas doses de álcool afetam a velocidade e coordenação de respostas motoras, tornando-o a principal causa de acidentes automobilísticos graves.

A primeira experiência com o álcool costuma ocorrer na adolescência ou mesmo antes aos efeitos do álcool é marcante: em nossa cultura isto costuma ser associado à ideia de virilidade, reforçando o uso do álcool. O aumento da ingestão ocorre gradativamente, frequentemente entre os dezoito e vinte e cinco anos. Nesta idade, os problemas com o álcool já são intensos: reprovação ou abandono da escola, perda de emprego por embriaguez ou faltas, brigas com a mulher, etc. Sintomas de abstinência podem contribuir para a manutenção de um padrão de embriaguez crônica, da manhã até a noite, por volta de trinta e cinco anos. A prevalência de alcoolismo cai a partir da sexta década de vida.

Em parte, isto se deve à menor expectativa de vida dos alcoólatras, mas há um número significativo de alcoólatras que param espontaneamente.

O álcool pode facilitar o início do sono e é provavelmente o hipnótico mais usado no Brasil. No entanto, algumas horas após o uso, o sono fica superficializado, há um aumento do número de sonhos de agradáveis.

O álcool predispõe e inúmeras complicações clínicas. O alcoólatra é frequentemente desnutrido e está predisposto a infecções devido à diminuição da imunidade celular e do número de linfócitos T "helper". Pela frequência com que é usado, se constitui num dos principais fatores de risco para hipertensão arterial e dislipidemias.

Seu uso regular pode causar gastrite, refluxo gastroesofágico e esofagite e piorar a evolução de úlceras. A aceleração do trânsito intestinal pode levar à diarreia crônica. O álcool é uma das principais causas de doenças do fígado: os danos causados variam de esteatose e hepatite alcoólica até cirrose e insuficiência hepática, pancreatite crônica.

Frequentemente apresentam anemia por carência de vitamina do complexo B ou ferro, por aumento da hemólise e por diminuição da produção de hemáceas.

Carência de vitaminas e os efeitos diretos do álcool sobre o sistema nervoso causam diversos problemas neurológicos: polineuropatia periférica, convulsões, atrofia cortical e cerebelar, entre outras. As quedas e acidentes comuns aos alcoólatras predispoem a traumatismos cranianos e complicações como hematomas subdurais.

Se consumido durante a gravidez pode causar a chamada Síndrome Fetal pelo álcool. São observadas desde mal formações leves até alterações do desenvolvimento pré e pós natal, anormalidades crânio/faciais, microcefalias e retardo mental, é pouco provável que pequenas doses de álcool possam causar este quadro mas não há um limite seguro para a ingestão de álcool durante a gravidez, por isso a recomendação habitual é de que as gestantes se abstenham por completo da bebida.

### SÍNDROME MENTAIS ORGÂNICOS CAUSADO PELO ÁLCOOL

#### Intoxicação

O consumo excessivo de álcool pode causar euforia, diminuição da atenção, prejuízo de julgamento, irritabilidade, depressão, habilidade emocional, etc.

Acompanha-se de hálitos alcoólicos, fala pastosa, ataxia, hiperemia conjutival, nistagmo e "rash" facial. Pode haver amnésia posterior aos eventos ocorridos durante a intoxicação (blackouts).

Normalmente os efeitos iniciais são de desinibição comportamental com expansividade e hiperatividade, com doses mais elevadas nota-se notificação, sonolência, retraimento, progressiva diminuição do nível de consciência e eventualmente coma.

A morte pode ocorrer por depressão respiratória ou aspiração de vômito quando a alcoolemia atinge de 400 a 700 mg/dl.

O diagnóstico diferencial inclui identificação por outros depressores do Sistema Nervoso Central (NSC). Distúrbios metabólicos e doenças neurológicas como ataxia cerebelares ou esclerose múltipla.

Os casos leves ou moderados de intoxicação resolvem de 3 a 12 horas após o término do consumo de álcool e apenas requerem tratamento de suporte. Não há eficácia comprovada na administração de glicose em pacientes intoxicados. Casos de coma alcoólico devem receber os cuidados habituais aos casos de coma de outras causas. Pode ser necessária a realização de hemodiálise em caso de risco imediato de vida.

#### Intoxicação Idiossincrática (Intoxicação Patológica)

Caracteriza-se por intensa mudança de comportamento e agressividade após uma ingestão de uma quantidade particularmente pequena de álcool que não causaria intoxicação na maioria das pessoas. O curso é breve, com remissão em algumas horas. Os "blackouts" são comuns. Lesões cerebrais pré-existentes, doenças debilitantes crônicas e idade avançada predispõem ao quadro.

O diagnóstico diferencial inclui infecção não patológica pelo álcool e intoxicação por outra substância como benzodiazepínicos ou cocaína.

A internação é geralmente necessária pelo risco de alto ou heteroagressividade. Utiliza-se benzodiazepínicos ou haloperidol para diminuir o quadro de agitação psicomotora.

#### Síndrome de abstinência

Inicia-se algumas horas ou até dois dias após a interrupção, diminuição de ingestão de álcool.

Normalmente remite espontaneamente em cinco a sete dias. Os sintomas incluem: tremores, náuseas ou vômitos, fraqueza, hiperatividade automática (taquicardia, sudorese e aumento da pressão arterial), ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias, ilusões, cefaleia e insônia. Podem ocorrer convulsões tônico/clônicas generalizadas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com alucinose alcoólicas, abstinência de benzodiazepínicos.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com alucinoses alcoólicas, abstinência de benzodiazepínicos, hipolicemia, cetoacidose diabética e tremor essencial.

Embora o quadro remita espontaneamente em até sete dias pode ser necessária reposição vitamínica, controle hidroeletrolítico e sedação. Os benzodiazepínicos de meias-vidas longas são as drogas de escolha. O tratamento pode ser iniciado com 10 mg de Diazepam por via oral repetido a cada 30 min conforme necessário para sedação suave. O paciente deve ser mantido alerta e em condições de cooperar: doses exageradas devem ser evitadas porque a sonolência excessiva dificulta o manejo do paciente. Frente a hepatopatias graves podem preferir o uso de Lorazepam que é mais facilmente metabolizado nestes casos. Alguns fatores estão comprovadamente relacionados à evolução da abstinência leve para um quadro de abstinência mais grave (delirium tremens): broncopneumonia, infecção urinária, desnutrição, convulsões, lesões de SNC e depressão são as principais destas.

#### Delirium tremens

É uma forma grave de abstinência do álcool. É caracterizada pela presença de delírio, tremores e hiperatividade autonômica. As alterações cognitivas constituem os sintomas centrais: rebaixamento do nível de consciência e da atenção voluntária, desorientação tempo-espacial, desorganização do pensamento e dificuldade de retenção de novos dados, alucinações visuais, auditivas ou táteis são frequentes, mas não obrigatórias. Delírios e agitação também são comuns. Como em outros quadros de delírium há alteração do ciclo de sono/vigília e os sintomas se intensificam à noite. Os tumores são grosseiros podendo envolver mãos e a região perioral. A hiperatividade autonômica é marcante, com febre, taquicardia, sudorese e oscilações da pressão arterial.

O alcoólatra está ainda, sujeito a outras causas de delírio que devem ser investigadas: distúrbios hidroeletrólíticos, hipoglicemia, convulsões, traumatismo crânio-cefálicos, infecções, insuficiência hepática, Síndrome de Wernicke-Korsakoff, entre outras.

O delirium tremens é uma verdadeira urgência médica: 5 a 15% dos pacientes morrem quando não tratados. Alguns fatores são preditivos desta evolução mais grave do quadro de abstinência do álcool, por exemplo: lesões do SNC, desnutrição, infecções (principalmente broncopneumonias), convulsões e depressão. O paciente com delirium tremens devem ser internados em todos os casos. Hidratação e correção de eventuais distúrbios hidroeletrólíticos (hipomagnesemia e hipopotassemia são os mais comuns), obedecem as indicações usuais. Administração de vitamina do complexo B é rotineira, devido a alta incidência de carência nutricionais nesta população. A sedação obedece ao mesmo esquema usado nos casos de abstinência não complicada, mas as doses empregadas costumam ser maiores.

A droga de escolha em nosso meio é o Diazepan. Este é usado preferencialmente, por via oral e quando não é possível a utilização desta via, é possível a administração por via endovenosa. Esta droga não deve ser administrada por via intramuscular, pois esta acarreta uma distribuição errática da droga.

#### Alucinose alcoólica

O quadro constitui-se de alucinações vividas e persistentes que aparecem logo após redução, parada ou aumento de ingestão de álcool (geralmente em 48 horas), sem alteração do nível de consciência. As alucinações podem ser auditivas (vozes ou outros sons, como conteúdo desagradável) ou visuais. Eventualmente, ocorrem ideias de perseguições pouco estruturadas.

O quadro pode durar alguns dias ou meses ou evoluir para a forma crônica mais de seis meses, e mais raramente. O diagnóstico diferencial é com esquizofrenia e abstinência de álcool.

O tratamento para este quadro são os neurolepticos (haloperidol em dose de 1 a 10 mg/dia).

#### Síndrome de Wernicke-Korsakoff

O quadro se inicia com a encefalopatia de Wernicke, caracterizada por ataxia cerebelar, confusão mental, oftalmoplegia e nistagmo. Outros sinais neurológicos podem aparecer e apresentações incompletas são comuns. Mais de 15% dos casos não tratados podem evoluir para a morte. O quadro se deve a impossibilidade de utilização de glicose na falta de tiamina; quase invariavelmente há deficiência de outras vitaminas do complexo B que provavelmente contribui para os déficits observados.

Na ausência de tratamento rápido, muitos pacientes desenvolvem um comprometimento severo e geralmente irresistível da memória. Nesta fase chamada de Korsakoff, a consciência é vigil e não há outras alterações cognitivas.

A fixação de novos conhecimentos é bastante afetada e a evolução de dados antigos também pode estar prejudicada. Fabulações podem surgir para preencher as lacunas mneméticas, principalmente nos estágios iniciais da doença: a memória dos acontecimentos do dia-a-dia é mais afetada do que os conhecimentos gerais (memórias declarativas) ou a memória dos procedimentos.

A encefalopatia de Wernicke se deve a incapacidade de utilização de glicose na falta de tiamina: invariavelmente há deficiência de outras vitaminas do complexo B.

O tratamento é feito com altas doses de tiamina intramuscular, inicialmente, a administração é repetida até o controle das alterações oculares: continua-se a administração de cerca de 100 mg diários por 1 semana. Outras vitaminas do complexo B também devem ser repostas. Cabem ressaltar que a encefalopatia de

Wernicke pode ser desencadeada pela administração de glicose endovenosa no alcoolista em quadro de abstinência pelo álcool, sem a administração prévia de tiamina.

Demência associada ao uso crônico de álcool

Uma das mais frequentes causas de demência, instala-se após ingestão prolongada de grandes quantidades de álcool. Apesar de uma tendência a maior prejuízo de funções não verbais, não apresentam características específicas. Seu diagnóstico requer a exclusão de outras causas de demências e não deve ser firmado antes de 3 semanas de abstinência. O tratamento consiste de medidas gerais e reforço da abstinência. Não há medicações específicas.

Solventes orgânicos (inalantes)

Vários produtos comerciais como aerossóis, tintas, vernizes, colas, esmaltes, removedores, tem em suas fórmulas substâncias químicas voláteis (hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos como tolueno, xilol, acetona, etc.) que podem ser inalados voluntária ou involuntariamente. O abuso desta substância é frequente, principalmente entre crianças e adolescentes.

Efeitos físicos

Ocorrem hiperemia conjuntival, fotofobia, diplopia, zumbido no ouvido, irritação das mucosas de nariz, boca e tosse. Podem ocorrer náuseas, vômitos, diarreias, arritmias, dores torácicas, musculares e articulares.

Efeitos psíquicos

Euforias (este é o efeito procurado, mas passageiro, pois trata-se de drogas que deprimem o SNC), vertigem, tonturas, desinibições, sensação de estar flutuando, ilusões, obnubilação e sonolência; ocasionalmente, um episódio de intoxicação intensa pode causar amnésia.

Intoxicação

Eventualmente ocorrem convulsões. Pode haver depressão respiratória e arritmia levando a perda de consciência e morte súbita.

Abstinência

Não há síndrome de abstinência descrita para este grupo.

Complicações clínicas

Arritmias cardíacas, hepatite, insuficiência renal, anemia aplástica, miastenia, deficiências transitórias da função pulmonar, perturbações gastrintestinais e neuropatia periférica. A maioria destes distúrbios são transitórios e desaparece com medidas de suporte geral porém podem ocorrer paralisia de membros inferiores por degeneração dos nervos periféricos.

Complicações pelo uso crônico

Prejuízo de memória, menor destreza manual, aumento do tempo de reação a estímulos, cansaço, cefaleia, convulsão, descoordenação motora, fraqueza muscular e paralisia dos membros inferiores. O uso prolongado pode resultar em lesões do SNC, manifestando-se por tremor grosseiro, ataxia e distúrbios do pensamento.

## **BENZODIAZEPÍNICOS**

Usados como sedativo, hipnótico ou ansiolítico, são os medicamentos psicoativos mais prescritos no mundo.

Efeitos

Ocasionam depressão reversível no SNC caracterizada por leve sonolência, níveis variáveis de sedação e relaxamento muscular. Provocam prejuízo da memória e do desempenho psicomotor.

Intoxicação

Pode ocorrer sedação acentuada, além de arritmia cardíaca e depressão respiratória. Morte por parada respiratória pode acontecer repentinamente.

Abstinência

A inalação é variável, dependendo da meia vida da substância em uso. No caso do composto de excreção mais lenta, pode ocorrer duas ou mais semanas após a

interrupção do uso. Em geral após 12-16 horas da última dose, ocorre ansiedade, tremores, fraquezas, náuseas, vômitos, câimbras, hipotensão, hiperreflexia.

Após 24 horas: fraqueza, tremores, hiperreflexia, desejo intenso da droga, podendo haver convulsões e delírium. Nas 24 a 72 horas seguintes ocorre a intensificação máxima dos sintomas para depois desaparecerem gradualmente. Durante os próximos seis meses podem ainda aparecer alguma ansiedade, distúrbio do sono e alterações do sistema nervoso autônomo.

#### Complicações clínicas

Precipitação de insuficiência respiratória em indivíduo com doença pulmonar obstrutiva crônica.

#### Complicações psiquiátricas

Perturbações de memória (provavelmente reversíveis), redução na capacidade de julgamento e de raciocínio, além de diminuição da performance motora por sedação, comportamento agressivo e depressão.

Podem ocorrer estados psicóticos, geralmente transitórios, constituídos por alucinações auditivas e ideias delirantes de conteúdo paranóide.

Podem ocorrer estados psicóticos, geralmente transitórios, constituídos por alucinações auditivas e ideias diferentes de conteúdo paranóide.

#### Tratamento

Nos casos mais leves, é possível a suspensão abrupta da medicação. Em casos mais graves de dependência, recomenda-se a suspensão gradativa da droga. Para tanto, compostos de excreção lenta, como o Diazepan, são preferidos.

Após a estabilização da dose administrada. Retira-se o equivalente a unidade farmacológica da dose diária a cada semana.

#### OPIÓIDES

Incluimos aqui tanto os opióides naturais como heroína e morfina quanto os sintéticos como cocaína, meperidiana, metadona, etc. Estas substâncias são prescritas como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos e suspensores da tosse. Os opióides são tipicamente ingeridos, mais podem ser utilizados por via intravenosa como é o caso da heroína. Também podem ser utilizados por inalação ou fumados.

#### Efeitos

Analgesia, sonolência, alteração do humor e, em doses mais altas, depressão do SNC e das atividades cardíacas. Quando a droga é utilizada por via endovenosa, causa uma sensação imediata em baixo ventre semelhante ao orgasmo, rubor na pele e sensação de flutuação e euforia. Provocam bradipnéia, bradicardia, hipotensão arterial, obstipação intestinal, suspensão da tosse e confusão.

Os sintomas variam de acordo com o estado geral de uso da droga. Estes sintomas incluem: depressão respiratória, cianose, miose, edema pulmonar, arritmia cardíaca e convulsões. A morte pode ocorrer por uma combinação de depressão respiratória e edema pulmonar e /ou cerebral.

#### Complicações clínicas

Infecções resultantes de agulha ou equipamento de preparo contaminados: abscessos de pele e músculos, endocardites bacterianas, infecções pulmonares, hepatites virais, sífilis, septicemias e aids. Arritmias cardíacas, úlceras gástricas, anemias também podem ocorrer.

#### Abstinência

Em geral começa 4 a 12 horas depois da última dose, dependendo da droga, e os sintomas mais comuns são: desejo intenso pela droga, lacrimejamento, coriza, bocejos, sudoreses, sono agitado, midríase, fraqueza, irritabilidade, tremores, insônia, perturbações gastrintestinais (cólicas e diarreias), calafrios, rubor e câimbras. Em casos graves, o aumento de pressão arterial pode merecer cuidados. Estes sintomas começam a diminuir 7 a 10 dias após o início desaparecendo alguns dias mais tarde.

#### Tratamento da Abstinência

Manutenção de estado geral e nos casos mais graves internação e introdução de medicação específica (Clonidina). Deve-se começar com 0,2 a 0,4 mg diários de clonidina aumentando-se até um máximo de 1,2 mg diário (3 vezes ao dia). A dose deve ser suficiente para o controle da hiperatividade autonômica. Os efeitos colaterais são sedação e hipotensão importantes. Clonidina é contraindicada com história de doença cardiovascular, hipotensão ou conhecida hipersensibilidade a droga. Sua retirada deve ser gradual para evitar a concorrência de crise hipertensiva.

#### ESTIMULANTES

As drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central podem ser divididas em três principais grupos, de acordo com sua característica farmacológica diferenciada:

- Cocaína
- Anfetaminas
- Drogas anfetaminóides (Anorexígenos)

#### COCAÍNA

Cocaína é uma substância que atua no SNC bloqueando a receptação de monoaminas, incluído norepinefina, dopamina e serotonina. Este bloqueio resulta em uma acumulação destas aminas biogênicas na fenda sináptica. Tem também um efeito estabilizador de membrana neuronal que é responsável por uma ação anestésica local.

Os efeitos observados após a administração de cocaína podem variar em função da via utilizada. Com a utilização de via endovenosa, o início da ação é imediato, o pico atingido é elevado e o decaimento do efeito é também rápido quando comparada a utilização de via nasal (cheirar). A utilização da via pulmonar (crack) tem resultados celulares a via endovenosa. O "crack", em nosso meio, é preparado a partir da cocaína em pó com uma base fraca e água, sendo em seguida aquecido. Em outros países, "crack" recebe o mesmo nome, sendo produzido a partir da pasta de coca (impura), uso de solventes tais como álcool, acetona, gasolina, entre outras substâncias impuras, que aumenta a toxicidade do consumo desta forma de cocaína. A popularidade recente do "crack" costuma ser atribuída a este método simples e seguro de produção, custo relativamente baixo, facilidade de consumo por via fumada, efeito rápido e mais intenso do que o uso endovenoso. Em virtude desta característica, observamos um processo extremamente rápido do consumo para a dependência (em alguns casos este período é de cerca de um mês).

#### Efeitos físicos

Aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura (por ação central e aumento de contração muscular), midríase, tremor de extremidades e vasoconstricção.

#### Efeitos psíquicos

Sensação de bem estar, euforia, aumento de autoconfiança, hiperatividade, desinibição, abolição da fome e da sensação de cansaço. Com o aumento da dose, observa-se ansiedade, irritabilidade, apreensão e desconfiança que pode se identificar até o aparecimento de ideação delirante de autorreferência.

Também podem surgir alucinações, preferencialmente auditivas, ameaçadoras, alucinações táteis, descrita como a sensação de insetos andando sobre a pele foram relatadas, cocaína causa, em alguns usuários ataque de pânico típicos.

#### Abstinência

Em usuários crônicos foi descrita uma síndrome que surge após o episódio de uso compulsivo continuado por várias horas. Esta síndrome consiste em letargia, apatia, tremor, aumento de apetite, hiperossonia, irritabilidade com polarização depressiva do humor (disforia). Este quadro é chamado "crash".

### Complicações psíquicas

A compulsão ao uso de cocaína que se desenvolve nos dependentes é muito intensa e é chamada "fissura". Esta compulsão pode ser desencadeada por estímulos ambientais ou internos (estados psíquicos) relacionados previamente ao uso. Por exemplo, a visão de seringas ou agulha nos usuários por via endovenosa.

São descritos para o uso crônico, quadros de disforias e de depressão severa. O primeiro caracterizado por humor irritável, depressivo, acompanhado por intensa agitação psicomotora (geralmente autolimitado). O segundo também transitório, é associado ao humor depressivo intenso com importante risco de suicídio. Esse quadro tanto podem ser tratados com Benzodiazepínicos como com Fenotiazinas.

### Complicações Clínicas por uso crônico

O uso endovenoso predispõe a maior chance de arritmias cardíacas e de convulsões tônico/clônicas generalizada (isto também ocorre quando a cocaína é fumada). Além destas, existem complicações divididas em infecções: flebites, abscessos subcutâneos, endocardites bacterianas, hepatite infecciosa, aids, infecções pulmonares, etc. No uso por via nasal pode ocorrer atrofia de mucosa com consequente rinite chegando, por vezes, a perfuração do septo nasal.

Por via pulmonar as consequências específicas são queimaduras em mãos, boca e vias respiratórias superiores pela alta temperatura necessária para libertação da cocaína a partir dos cristais (crack).

## **ANFETAMINAS**

Como a cocaína, a anfetamina é uma substância que atua no SNC bloqueando a recaptção de monoaminas, incluindo norepinefrina e dopamina. Este bloqueio resulta em uma acumulação destas aminas biogênicas na fenda sináptica.

O uso mais comum desta substância está relacionado às suas propriedades anorexígenas, e para aumento de desempenho atlético e intelectual. O consumo em nosso meio ocorre por via oral, sendo que o pico plasmático é atingido em 30 minutos.

### Efeitos físicos

Aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura (por ação central e aumento de contração muscular), midríase, tremor de extremidades e vasoconstricção.

### Efeitos psíquicos

Sensação de relaxamento, euforia, aumento de autoconfiança, hiperatividade, desinibição social, abolição da fome e da sensação de cansaço.

Com o aumento da dose observa-se ansiedade, irritabilidade, insônia, alteração do humor (disforia), apreensão, desconfiança e movimentos estereotipados.

Também podem surgir delírios e alucinações, preferencialmente auditivas.

Anfetaminas causam, em alguns usuários, ataques de pânico típicos.

### Abstinência

As anfetaminas assim como todos os estimulantes do SNC causam sintomas específicos de abstinência: uma fase inicial caracterizada por hipersônia acompanhada de pesadelos. Nos primeiros dias devido à irritabilidade e humor depressivo, o risco de suicídio deve ser considerado. A depressão causada na abstinência pode ter duração prolongada (até 15 dias).

### Complicações psíquicas

A "fissura" ocorre principalmente durante a abstinência, coincidindo com humor depressivo-irritável.

As anfetaminas e as drogas anfetaminóides produzem quadro psíquico similar a esquizofrenia paranóide, mas o quadro é autolimitado. Em indivíduos predispostos o consumo desta droga pode desencadear fases maníacas ou surtos esquizofrênicos. Episódios de agitação psicomotora acompanhado por disforia e estereotipias são frequentes no uso em altas doses. Estes quadros devem ser tratados com benzodiazepínicos ou neurolépticos.

Complicações clínicas por uso intravenoso

Maior chance de arritmias cardíacas e de convulsões tônico/clônicas generalizadas.

### **DROGAS ANFETAMINÓIDES (ANOREXÍGENOS)**

São substâncias estimulantes prescritas principalmente por seu efeito de redução do apetite (remédios para emagrecer). Estas drogas produzem graus variáveis de estimulação do SNC e de potencial para desenvolvimento de abuso e dependência, Seus efeitos anorexígenos, porém, desaparecem após 6-12 semanas de consumo continuado (tolerância). Estas substâncias causam insônia, agitação e ansiedade como sintomas proeminentes, sendo que em grandes doses produzem todas as complicações pelo uso de anfetaminas.

#### **MACONHA E HAXIXE**

Podemos incluir aqui todas as substâncias psicoativas derivadas da planta cannabis sativa. O ingrediente psicoativo principal destas substâncias é o delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Estas substâncias são predominantemente fumadas, eventualmente, podem ser ingeridas misturadas com alimentos.

A principal diferença entre a maconha e o Haxixe é o teor de delta-9-tetrahydrocannabinol: o Haxixe é, aproximadamente de vezes mais potente que a maconha.

#### **Efeitos físicos**

Taquicardia, hiperemia de conjuntivas, boca seca e tremores de mãos, prejuízo da coordenação motora e diminuição da força muscular.

#### **Efeitos psíquicos**

São muito variáveis, dependendo inclusive da expectativa do usuário. Em geral, provocam relaxamento, diminuição da ansiedade, aumento de apetite, euforia, alteração da percepção do tempo e do espaço. Com doses mais altas aparecem alteração de memória e de pensamento, medo, ansiedade, sensação de ser perseguido, alucinação e mal estar difuso.

#### **Intoxicação**

O uso de grandes quantidades pode provocar uma síndrome mental orgânica com ou sem ideação paranóide. Os estados psicóticos que podem acontecer são transitórios, mas pode ser necessário medicá-los com neurolepticos por curto período. Tais estados são semelhantes aos quadros psicóticos de esquizofrênicos. Podem ocorrer crises de pânico que eventualmente requeiram uso de baixas doses de benzodiazepínicos. Em geral tais crises duram poucas horas.

#### **Abstinência**

Não há síndrome de abstinência descrita para este grupo.

#### **Complicações clínicas**

A maior incidência de infecção das vias aéreas superiores e diminuição da capacidade vital pulmonar. Discute-se se pode aumentar a incidência de câncer. Provoca a diminuição reversível da fertilidade masculina por diminuição da produção de espermatozoides.

#### **Complicações psiquiátricas pelo uso crônico**

O único prejuízo claramente associado ao uso crônico de maconha é o prejuízo da memória de fixação. Não está claro se a maconha pode levar a uma (síndrome emocional), que seria composta por desinteresse e desmotivação para as atividades do cotidiano.

#### **Tratamento das dependências e substâncias psicoativas.**

Não existe um tratamento universal para as farmacodependências. Nenhuma modalidade terapêutica mostra-se claramente superior para todos os pacientes. Entretanto, alguns princípios comuns devem estar presentes em qualquer abordagem terapêutica.

O tratamento das dependências, um distúrbio crônico, requer um tratamento longo.

O tratamento deve ser voluntário, para que melhores resultados sejam obtidos. Na maioria dos dependentes não podem ser considerada incapaz, do ponto de vista legal, de modo que o tratamento compulsório deverá ocorrer apenas em caso de exceção, quando o paciente corre risco eminente de vida (arritmias cardíacas, varizes de esôfago sangrantes ou se encontra incapaz de controlar seus próprios atos (intoxicação severa, delirium, outros quadros psicóticos).

O envolvimento de familiares no tratamento é de extrema importância: devido à dependência e às suas consequências, são comuns sentimentos de raiva, frustração e culpa. Através do envolvimento familiar, pretende-se a desmistificação da existência de culpados pela farmacodependência e melhoria da comunicação nas relações interpessoais familiares.

Didaticamente, podemos dividir o tratamento das dependências em três fases, independentemente da modalidade de abordagem teórica empregada pelo profissional:

1. Promoção da abstinência
2. Tratamento das complicações
3. Prevenção de recaídas
4. Promoção da abstinência

Frequentemente, o paciente espera poder controlar seu uso de droga, sem ter que interrompê-lo. Este ponto deve ser discutido à exaustão, uma vez que esta possibilidade é bastante remota e a abstinência é fundamental. Cada uso isolado da droga, independentemente da quantidade, ou mesmo o consumo de outras drogas, aumentam muito o desejo da utilização da substância, diminuindo assim a capacidade do indivíduo manter o controle desejado no tratamento.

Desta forma, o processo de recuperação fica postergado indefinidamente. Além destes fatores, o uso de drogas compromete o funcionamento psíquico do indivíduo prejudicando o processo terapêutico.

A interrupção do consumo de drogas deve ser abrupta na maioria dos casos e de todas as drogas. O indivíduo dependente caracteriza-se por possuir o controle necessário para a manutenção da abstinência e pelo desejo de experimentar estados alterados de consciência. A interrupção do consumo de drogas implica em mudanças dos hábitos do indivíduo, como por exemplo, evitar situações usuais específicas que representam risco de recaída (frequentar locais de obtenção da substância).

A síndrome de abstinência de algumas substâncias pode incluir uma série de efeitos indesejados, que são aliviados através da administração da substância. Estes efeitos devem ser prontamente identificados para a abordagem eficaz, pois apresentam grande possibilidade de indução de recaídas (por exemplo, a ansiedade da abstinência da cocaína, ou mesmo sintomas autonômicos de abstinência em dependentes de álcool). Abstinência pode, inclusive, representar risco de vida para o paciente (p. ex. álcool e opiáceos).

Tratamento das complicações

Qualquer tratamento psicofarmacológico para dependentes deve respeitar cinco regras básicas:

1. Diagnóstico – muitas vezes a abstinência pode mimetizar sintomas psicopatológicos, confundindo o diagnóstico de uma possível comorbidade.
2. Prescrição – sempre que possível, deve-se optar por substância que possua baixo potencial de abuso, e que possuam meia vida longa.
3. Margem de segurança – grande parte dos suicídios ocorrem entre dependentes de substâncias psicoativas (nos EUA). 15% dos suicídios são praticados por dependentes de álcool. Desta forma, deve-se optar por medicamentos que possuam maior margem de segurança possível.
4. Limitação na quantidade - pela mesma razão acima, o paciente deve ter acesso a quantidade bastante limitada das substâncias.

5. Testes laboratoriais – sempre que possível devem ser realizados testes para determinação de níveis séricos das substâncias prescritas, bem como para a detecção de outras substâncias que possam ser consumidas pelo paciente sem o conhecimento de seu médico.

#### Prevenção de recaídas

Esta fase deve ser iniciada imediatamente após a obtenção da droga. A prevenção de recaída consiste em estratégia para o paciente adquirir gradativamente o autocontrole necessário em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Esta estratégia deve incluir a detecção de situações que envolvem risco de indivíduo consumir a droga e auxílio ao paciente para iniciar e manter alternativa de comportamento quando expostos a situações de risco, favorecendo, mudanças de hábitos (estilo de vida) do paciente.

A estratégia deve ser dinâmica, ou seja, deve incluir possibilidades de revisão durante a duração do tratamento, para a inclusão de outros fatores de risco que se interpõem durante o surgimento. Alguns aspectos devem ser incluídos em qualquer programa de seguimento:

- Abstinência total de todas as drogas. Conforme descrito acima, qualquer consumo desencadeia o desejo de manutenção deste e prejudica o controle sobre o uso da própria substância ou de qualquer outra (p. ex.. "craving", por cocaína durante intoxicação por álcool).
- Estabelecimento de metas de curto prazo. A proposta de metas de curto prazo possibilita maior aderência do paciente: o dependente caracteriza-se, segundo muitos autores por apresentar necessidades de recompensa rápida por sua incapacidade de lidar com frustrações. Metas de curto prazo (p. ex. abstinência de 1 semana) facilitam diminuição da ansiedade do paciente frente ao tratamento, possibilitando avaliações constantes de seu surgimento e induzindo à percepção de melhoras em pequeno período, estimulando assim a continuidade do programa de manutenção da abstinência e das modificações comportamentais, com a resolução possível de prejuízo em áreas comprometidas pelo consumo (p. ex. relações familiares, situação do trabalho, etc.)
- Favorecer a compreensão do paciente quanto ao grande risco de em dado momento do tratamento, testar o grau de controle que adquiriu sobre a droga.
- Esta é uma das causas mais comuns das recaídas, possuindo ainda, uma espécie de efeito cascata, ao recair, o paciente frequentemente apresenta sentimentos de desmoralização, que normalmente tomam mais susceptível à novas recaídas ("perdido por um perdido por mil").
- Avaliação continuada dos fatores e situações que favorecem a recaída. Durante o tratamento o paciente experimenta situações que não imaginava, no início do tratamento, como passíveis de induzir recaídas, que irão necessitar de enfoque no surgimento, para diminuir o potencial da recaída.
- profissional deve estimular que o paciente fortaleça laços de amizade com não usuários e melhor relacionamento familiar. Discursões familiares, problemas profissionais devem ser avaliados pelo potencial de associar-se a recaídas. Durante o seguimento terapeuta e paciente devem "mapear" situações de risco (p. ex. encontrar companheiros de consumo), com a finalidade de desenvolver técnicas específicas para o dependente lidar com cada uma delas, iniciando (e mantendo) alternativas comportamentais frente a estas situações.
- profissional deve se atentar de que recaídas são comuns e dever ser lidadas com o dependente como integrantes do programa de manutenção. Uma recaída isolada tem a possibilidade de apontar "falhas" no plano inicial de

seguimento, possibilitando intervenção imediata, com o resultado de implementação do programa terapêutico.

- Relação global de violação de abstinência quando o paciente recair, apresenta sensação de que todos os esforços anteriores foram inúteis. Isto poderá gerar sentimentos intensos de autodesvalorização (p. ex. "não presto para nada", "não sou capaz de cumprir regras"). Estas situações apresentam um risco geral para o tratamento porque favorecem recaídas subsequentes, tendo como consequência o isolamento do paciente, ou fazendo o desacreditar do programa estabelecido. Deve-se neste momento, reforçar a ideia de que o tratamento é um processo contínuo, e uma recaída isolada pode significar o aprendizado de como lidar com situações diferentes daquelas que o paciente inicialmente descreve como "de risco", identificando outros fatores que necessitam ser abordados no tratamento.

## **PROCEDIMENTO: COLELITIASE**

**RESPONSÁVEL:** Médico Cirurgião

### **REVISÃO INTRODUÇÃO**

A doença calculosa biliar vem aumentando de frequência com o passar dos anos sendo cada dia mais frequente o seu tratamento cirúrgico. Em alguns serviços e inclusive a patologia mais frequente a necessitar tratamento cirúrgico. As explicações para isto podem vir do fato do diagnóstico cada vez mais frequente pela evolução dos métodos diagnósticos assim como o tratamento cada vez menos invasivo.

### **HISTORIA NATURAL DA DOENÇA**

A maioria dos pacientes com colelitíase é assintomático e assim permanece pelo resto da vida. A probabilidade de um paciente assintomático ter sintomas severos ou complicações é de 1 a 2% ao ano assim com esta é a probabilidade deste necessitar de colecistectomia. Desses pacientes dois terços permanecerão assintomáticos por um período de 20 anos. Quanto maior for o período sem sintomas menor será a chance destes aparecerem.

Para os pacientes com dor devido a colelitíase a chance de ter complicações é de 1 a 3% ao ano com uma probabilidade de necessitar ser colecistectomizados da ordem de 6 a 8%. Conforme aumenta a frequência de episódios de dor aumenta a intensidade da dor. Pacientes que tem quadros álgicos tem uma chance de 70% de repetirem o quadro.

### **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

- Radiografia simples - A probabilidade de cálculos de vesícula serem visualizados em radiografias simples de abdome é de 10 a 15% pois a maioria dos cálculos é de colesterol. A radiografia é mais útil para identificação e diagnóstico de outras patologias de origem abdominal
- Ultrassonografia - Método diagnóstico de escolha nos casos de colelitíase assim como extremamente útil para visualizar dilatação das vias biliares. O diagnóstico é baseado no fato da presença de sombra acústica posterior assim com mudança da imagem conforme a posição do paciente.
- Cintilografia - Tem seu uso principalmente no diagnóstico de colecistite aguda para identificação de exclusão da vesícula. Aplica-se para identificação de obstrução do ducto cístico.
- Colecistograma oral - Método muito utilizado no passado para diagnóstico de colelitíase caiu em desuso por sua difícil realização.
- TC de abdome - Utilizada principalmente para diferenciar outras causas de dor pode ser diagnóstica em até 50% dos casos.

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

- Dor - Normalmente localizada em hipocôndrio direito ou epigástrico com irradiação para dorso ou escápula, constante, com duração maior que 1 hora e menor que 24 horas que só desaparece habitualmente com uso de analgésicos, associado a náuseas, com episódios repetidos e no mesmo período do dia.
- Náuseas
- Vômitos
- Febre
- Icterícia.

### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

Normalmente inconclusivo pode haver elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina ou

transaminases. Pode haver elevação do leucograma nos episódios agudos.

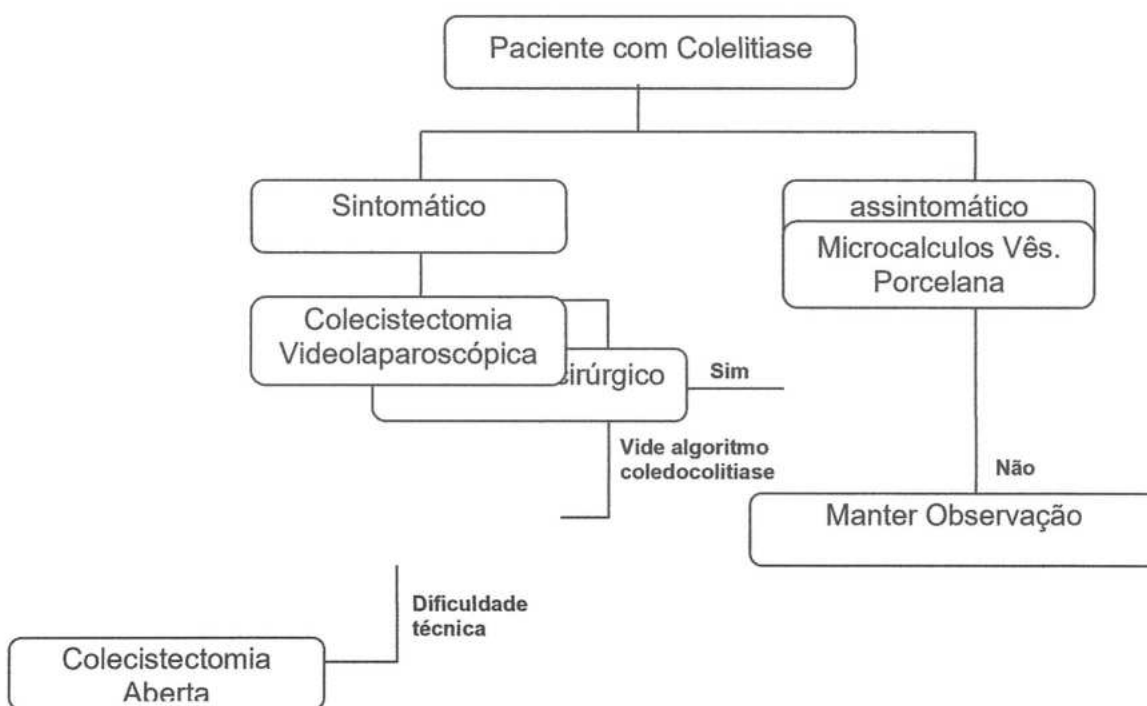
Tem pouco valor ou nenhum para o diagnóstico dos casos não complicados de colelitíase.

### TRATAMENTO

O tratamento deve ser sempre indicado nos pacientes com quadros sintomáticos sendo sempre cirúrgico, sendo a primeira escolha a colecistectomia por via videolaparoscópica. Nos serviços que não disponham desta alternativa a cirurgia pode ser feita pela via aberta com resultados semelhantes embora com custo, permanência pós-operatória e recuperação mais prolongados.

A existência de videolaparoscopia num serviço não autoriza que este não tenha cirurgião hábil para proceder a colecistectomia por via aberta, pois esta muitas vezes e a solução de casos não passíveis de tratamento pela primeira. Quanto a indicação nos pacientes assintomáticos apenas aqueles com microcálculos ou vesícula em porcelana a luz da literatura atual teriam alguma vantagem para realizar colelitíase.

### FLUXO DE TRATAMENTO DA COLELITÍASE



**PROCEDIMENTO: INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO: DIAGNÓSTICO****RESPONSÁVEL:** Médico Urologista**REVISÃO****DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Trabalhos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e pesquisa na internet.

**GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

**OBJETIVOS:**

Apresentar, de forma sucinta e didática, as diretrizes fundamentais para o diagnóstico das infecções do trato urinário.

**CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

**INTRODUÇÃO**

A infecção sintomática do trato urinário (ITU) situa-se entre as mais frequentes infecções bacterianas do ser humano 1,2(D), figurando como a segunda infecção mais comum na população em geral3(D), predominando entre os adultos em pacientes do sexo feminino4(D). Nas crianças, particularmente no primeiro ano de vida, a infecção urinária também é muito comum, predominando igualmente no sexo feminino; nesta população de pacientes pediátricos, predomina a pielonefrite, recorrente na maioria dos casos, devido à presença de refluxo vésicoureteral, uni ou bilateral5(A)6(C).

**DEFINIÇÃO**

A infecção urinária pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utiliza-se a terminologia infecção urinária alta também denominada pielonefrite. A infecção urinária baixa ou cistite pode ser sintomática ou não7(D).

As infecções do trato urinário podem ser complicadas ou não complicadas, as primeiras tendo maior risco de falha terapêutica e sendo associadas a fatores que favorecem a ocorrência da infecção. A infecção urinária é complicada quando ocorre em um aparelho urinário com alterações estruturais ou funcionais8,9(C). Habitualmente, as cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais frequentemente complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão frequentemente associadas com a presença de cálculos renais10(C)4,7(D). A origem tanto a infecção urinária baixa como a alta podem ser agudas ou crônicas e sua origem pode ser comunitária ou hospitalar11(D).

**EPIDEMIOLOGIA**

A maior suscetibilidade à infecção no sexo feminino é devida às condições anatômicas: uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com ânus

3,4(D). Outros fatores que aumentam o risco de ITU nas mulheres incluem:

episódios prévios de cistite, o ato sexual, o uso de certas geleias espermicidas, a gestação e o número de gestações, o diabetes (apenas no sexo feminino) e a higiene deficiente, mais frequente em pacientes com piores condições socioeconômicas e obesas<sup>10(C)3,4(D)</sup>.

No adulto do sexo masculino, favorecem a ITU, a instrumentação das vias urinárias – incluindo-se o cateterismo vesical - e a hiperplasia prostática <sup>12,13(D)</sup>; nos idosos e em indivíduos hospitalizados, as taxas de ITU também são elevadas pelos fatores citados e por inúmeros outros, relacionados àquela faixa etária <sup>12,13(D)</sup>. As taxas de ITU são bem maiores nos homossexuais masculinos, estando relacionadas com a prática mais frequente de sexo anal não protegido<sup>14(B)</sup> e também nos indivíduos com prepúcio intacto<sup>15(B)</sup>. Nos indivíduos com o vírus HIV, a infecção, por si só, é um fator de risco para ITU, aumentado em relação direta com a queda dos níveis dos linfócitos CD4+<sup>16(B)</sup>.

Nos hospitalizados submetidos a cateterismo, a presença de sistema de drenagem de urina aberto resulta em bacteriúria em 100% dos casos, após quatro dias. Já naqueles com sistema de drenagem de urina fechado, a bacteriúria irá ocorrer em 5% a 10% dos casos, por dia de manutenção do cateter. Note-se que a ITU adquirida em hospital é considerada a principal causa de bacteremia por bacilos Gram negativos. As ITU adquiridas em hospital são as nosocomiais mais frequentes em todo o mundo, representando cerca de 50% do total das infecções adquiridas em hospitais gerais e, em custo, 14% do valor total dispendido com as infecções nosocomiais<sup>13(D)</sup>.

## ETIOLOGIA

Os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos com ITU adquirida na comunidade são, em ordem de frequência: a *Escherichia coli*, o *Staphylococcus saprophyticus*, espécies de *Proteus* e de *Klebsiella* e o *Enterococcus faecalis*. A *E. coli*, sozinha, responsabiliza-se por 70% a 85% das infecções do trato urinário adquiridas na comunidade e por 50% a 60% em pacientes idosos admitidos em instituições<sup>17(C)7,18(D)</sup>. Contudo, quando a ITU é adquirida no hospital, em paciente internado, os agentes etiológicos estão diversificados, predominando as enterobactérias, com redução na frequência de *E. coli* (embora ainda permaneça habitualmente como a primeira causa), e um crescimento de *Proteus sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella sp.*, *Enterobacter sp.*, *Enterococcus faecalis* e de fungos, com destaque para *Cândida sp.*<sup>17,19(C)7(D)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A infecção do trato urinário baixo (cistite), quando sintomática, exterioriza-se clinicamente pela presença habitual de disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria e dor suprapúbica. Febre, neste caso, não é comum. Na anamnese, a ocorrência prévia de quadros semelhantes, diagnosticados como cistite, deve ser valorizada<sup>7(D)</sup>.

O aspecto da urina pode também trazer informações valiosas: urina turva (pela presença de piúria) e/ou avermelhada (pela presença de sangue), causada por cálculo e/ou pelo próprio processo inflamatório<sup>7(D)</sup>.

A infecção do trato urinário alto (pielonefrite), que habitualmente se inicia como um quadro de cistite, é acompanhada de febre – geralmente superior a 38 graus centígrados –, de calafrios e de dor lombar, uni ou bilateral. Esta tríade febre + calafrios + dor lombar está presente na maioria dos quadros de pielonefrite. A dor lombar pode se irradiar para o abdômen ou para o(s) flanco(s) e, mais raramente, para a virilha, situação que sugere mais fortemente a presença de cálculo, com ou sem infecção, na dependência da presença dos outros sintomas relacionados.

Os sintomas gerais de um processo infeccioso agudo podem também estar presentes, e sua intensidade é diretamente proporcional à gravidade da pielonefrite. A maioria dos pacientes com pielonefrite refere história prévia de cistite, geralmente detectada nos últimos seis meses9(C)1(D).

### **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

A infecção urinária é caracterizada pelo crescimento bacteriano de pelo menos 105 unidades formadoras de colônias por ml de urina (100.000 ufc/ml) colhida em jato médio e de maneira asséptica. Em determinadas circunstâncias (paciente idoso, infecção crônica, uso de antimicrobianos) pode ser valorizado crescimento bacteriano igual ou acima de 104 colônias (10.000 ufc/ml)10(C)20(D).

A bacteriúria assintomática é definida como a presença de, no mínimo, 105 colônias/ml da mesma bactéria em pelo menos duas amostras de urina em paciente, habitualmente mulher, que não apresenta os sintomas de infecção urinária habituais21(D).

1. Exame de urina I com sedimento urinário. Este exame irá fornecer – quando associado à anamnese e ao quadro clínico, os dados que praticamente confirmam o diagnóstico de ITU: presença de piúria (leucocitúria), de hematúria e de bacteriúria. Os valores encontrados são, habitualmente, proporcionais à intensidade da infecção7(D).
2. Urocultura. A cultura de urina quantitativa, avaliada em amostra de urina colhida assepticamente, jato médio, poderá fornecer, na maioria dos casos, o agente etiológico causador da infecção e trazer subsídio para a conduta terapêutica. Sua importância crescerá quando, diante de falha da terapia empírica, possibilitará a realização do teste de sensibilidade in vitro (antibiograma) que orientará uma nova conduta terapêutica 7,20(D). Fator limitante à importância da cultura de urina é a demora habitualmente exigida para a obtenção do seu resultado. Na grande maioria das vezes, a paciente com cistite não complicada, tratada empiricamente, já está clínica ou mesmo microbiologicamente curada quando o resultado da cultura é fornecido; nestas situações este exame torna-se inútil, além de dispendioso 10,22(C)7(D).
3. Teste de sensibilidade in vitro a antimicrobianos (TSA). O antibiograma, como é habitualmente reconhecido este exame, atua complementarmente à cultura de urina. Na rotina das cistites não complicadas, sua utilidade é pequena, haja vista a predominância maciça e resolutiva da terapia empírica. No entanto, naqueles casos em que ocorre falha desse tipo de terapia, nas pielonefrites e nas infecções urinárias hospitalares, a presença do antibiograma é de grande utilidade. Igualmente sua importância cresce nas cistites complicadas, quando o risco de insucesso da terapia empírica aumenta. O antibiograma fornecerá os antimicrobianos potencialmente úteis a serem prescritos 2,7(D).
4. Hemocultura. Este exame não tem nenhum valor em pacientes com cistite. No entanto, diante de um quadro de pielonefrite, torna-se potencialmente valioso; sua positividade, nesta infecção, situa-se entre 25% a 60% e, além da informação do agente etiológico (nem sempre identificável na urocultura), indica para o risco de uma sepse, sugerindo uma potencial gravidade 7(D).
5. Exames de imagem. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm indicação restrita àqueles casos de cistite/pielonefrite não resolvidos com terapia empírica; assumem maior importância para o diagnóstico de complicações e, também, para evidenciar alterações estruturais e/ou funcionais do sistema urinário23(C)24,25(D).

## **PROCEDIMENTO: ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA**

### **Introdução**

As fraturas expostas (FE) são aquelas nas quais uma ruptura da pele e dos tecidos moles subjacentes cria uma comunicação entre o ambiente externo e o osso fraturado ou, o hematoma resultante.

O prognóstico relativo às fraturas expostas será determinado principalmente pelo volume de tecidos moles desvitalizados, pelo nível e tipo de contaminação bacteriana, e pelo tempo até a instituição do Tratamento cirúrgico. O agente etiológico de contaminação mais comum é o *Staphylococcus aureus*.

317

### **Diagnóstico**

O Diagnóstico das fraturas expostas costuma ser imediato na maioria dos casos. O paciente apresenta uma laceração hemorrágica profunda acima ou próxima

da fratura do osso subjacente. O atendimento inicial é feito segundo os preceitos do ATLS, por, geralmente, se tratar de trauma de alta energia.

Na inspeção, avaliar grau de contaminação da ferida, status dos tecidos moles, status vascular e neurológico da extremidade afetada. Neste momento, deve-se classificar a contaminação da fratura.

### **Exames Complementares**

Rx da área da lesão em duas incidências, incluindo as articulações adjacentes (Ex.: fratura de tíbia; é mandatório ver joelho e tornozelo).

### **Tratamento**

O Tratamento das FE é baseado em antibioticoterapia precoce, debridamento mecânico, estabilização da fratura e reconstituição da cobertura de partes moles. O primeiro Tratamento consiste em minimizar a contaminação da fratura, realizando irrigação com dois litros de soro fisiológico, cobertura da ferida com material

estéril, antibioticoterapia (tabela anexa) e estabilização provisória da fratura. Com exceção de alguns tipos de fraturas de falange distais (F1), o Tratamento subsequente

deve ser realizado em ambiente hospitalar.

## **PROCEDIMENTO: PRIMEIRO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TRM**

### **Introdução**

- 15 a 50 novos casos por ano, por 1.000.000 de habitantes;
- Paciente geralmente é do sexo masculino, jovem em plena capacidade laborativa;
- Mecanismo de trauma: acidentes automobilísticos estão em primeiro lugar, seguido
- por quedas e os atos de violência, estão em ascensão, seguido, por último, pelas
- lesões desportivas;
- Localização anatômica: coluna cervical, 55% dos casos, seguido pela região
- torácica, toracolombar e sacral com 15% cada;
- Associação com TCE em 5% dos casos;
- Presença de fraturas em mais de um local da coluna em 10% dos pacientes;
- Após o trauma inicial 5% dos pacientes piorarão neurologicamente, devido ao
- transporte inadequado ou ao atendimento hospitalar inicial.

318

### **Avaliação Neurológica**

- A avaliação neurológica é realizada segundo o protocolo ASIA (American Spine Injury Association):
  - ASIA A = déficit completo: Sem função motora ou sensitiva abaixo da lesão
- (ausência também de sensibilidade de dermatomo S4 e S5);
  - ASIA B = déficit parcial: Sem função motora e preservação de sensibilidade;
  - ASIA C = déficit parcial: Função motora presente parcialmente (mais da metade dos
- músculos abaixo de M3) e preservação de sensibilidade;
  - ASIA D = déficit parcial: Função motora presente parcialmente (mais da metade dos
- músculos acima de M3) e preservação da sensibilidade;
  - ASIA E = normal: Função motora e sensitiva normal.

### **Avaliação Radiológica/Apresentação Clínica Inicial**

1. Paraplegia ou tetraplegia – evidência presuntiva = RX coluna total;
2. Alerta, sóbrio, sem déficit, sem dor no pescoço na linha média:
  - Retire o colar, palpe a coluna, movimento voluntário e sem dor = Não é necessário radiografia.
3. Alerta, sóbrio, sem déficit, cooperativos e com dor na coluna = RX da área suspeita:
  - Coluna cervical = Normal – retira o colar radiografia em flexão e extensão – normal = alta sem colar;
  - Coluna torácica e lombar = Normal – libera movimentação;
  - RX normais e forte suspeita clínica = encaminhar para estudo tomográfico.
4. Alteração do nível de consciência, não informa bem (crianças), suspeita forte com RX normal = TC;
5. Lesão importante de partes moles e espasmos dolorosos da musculatura

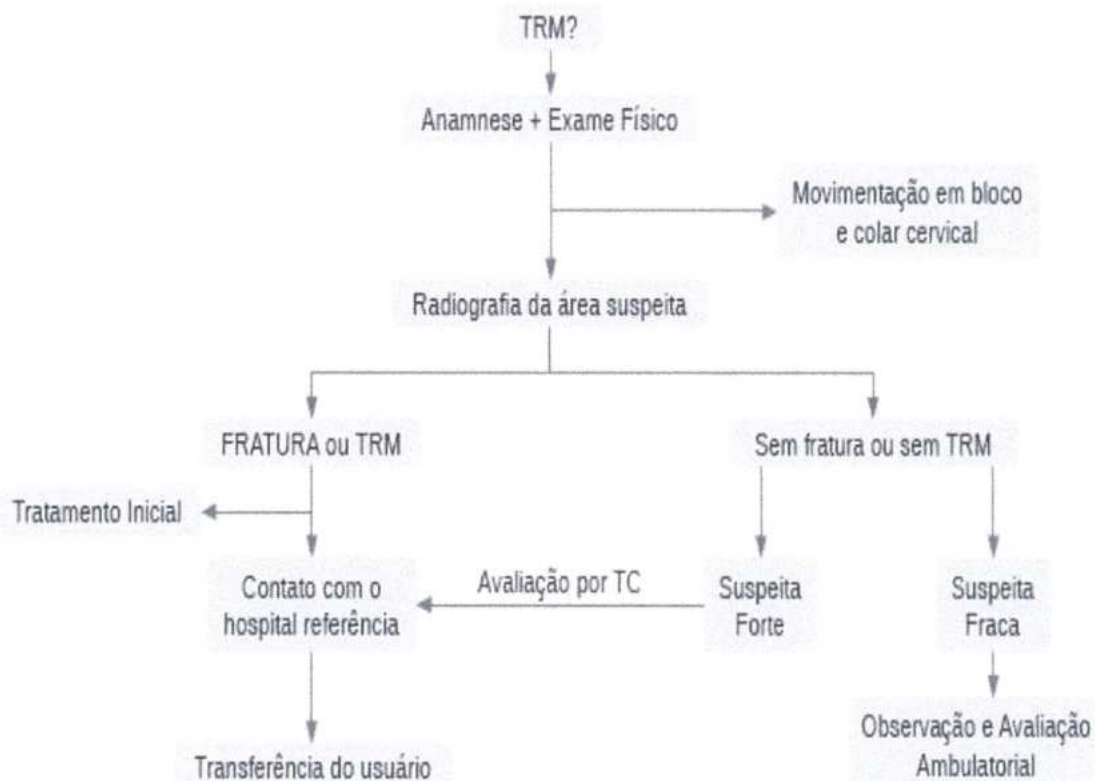
vertebral

= colar semi-rígido duas semanas;

6. Quando em dúvida, mantenha o colar.

### Tratamento Inicial

1. Prevenir a Piora Neurológica;
  2. Garantir oxigenação: 100% de saturação de O<sub>2</sub>.
  3. Manutenção da pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg:
    - Suporte cardiopulmonar agressivo;
    - Uso de aminas vasoativas e expansores plasmáticos;
    - Diagnóstico e Tratamento de hemorragias;
    - Monitorização de pressão arterial para todos os pacientes com TRM;
  4. Reconhecimento e Tratamento do choque neurogênico (diferenciando do choque hipovolêmico):
    - Infusão de líquidos endovenosos;
    - Hipotensão após 2 l SF 0,9% e sem hemorragia ativa = Choque Neurogênico.
  5. Medicamentos:
    - Metilprednisolona; Opção Terapêutica, avaliar caso a caso;
    - Contra-indicado em crianças, gestantes e lesão penetrante.
- a) Até 8 horas pós-trauma:
- 30 mg/kg nos primeiros 15'
  - 5,4 mg/kg por hora
- b) Até 3 horas = 24 horas
- c) De 3 a 8 horas = 48 horas



## **PROCEDIMENTO: REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

- Manutenção básica da vida
- Manter paciente com boa ventilação e em condições satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar.
- Restabelecer ritmo cardíaco estável com boa hemodinâmica

320

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Vias Aéreas

- Determinar a responsividade e dificuldade respiratória do paciente
- Tentar desobstruir as vias aéreas superiores
- Colocar o paciente na posição supina e em superfície rígida
- Inclinar delicadamente a cabeça para que fique em posição neutra (Em acidentes colocar o colar cervical e mobilizar apenas em bloco até que se afaste lesão de coluna)
- Proporcionar levantamento da mandíbula com tração anterior.

#### Respiração

- Utilizar máscara conectada a "bolsa" para reanimação.
- Iniciar com duas respirações e manter : 40 resp/min para RN, 24 resp/min para lactente e 20 a 15 resp/min para crianças maiores

#### Intubação endotraqueal

- Após aspiração das vias aéreas deverá ser passado uma sonda nasogástrica para esvaziar o estômago.
- Escolher laringoscópio com uma boa iluminação e de tamanho adequado.

#### Circulação

- Determinar a presença de pulsos arteriais centrais: RN: Braquial, Lactente: Braquial ou femoral e Criança Maior : Carótida
- Providenciar acesso venoso (periférico, central ou intraósseo)
- Massagem cardíaca externa

#### Técnica

- polegares no 1/3 médio do esterno com as mãos em redor do tórax no RN: 2 a 3 dedos no 1/3 inferior do esterno no lactente e punho e uma mão no 1/3 inferior do esterno na criança maior
- Compressão Torácica freq./min: 120 compressões por min no RN e 100 compressões por min no lactente e criança maior
- Profundidade das compressões torácicas: 1 a 2 cm no RN, 1,5 a 2,5 cm no lactente, 2,5 a 4 cm na criança maior
- Relação compressão/ventilação: relação de 3:1 no RN e relação de 5:1 no lactente e criança maior.

## **PROCEDIMENTO: Utilização de Hemoderivados em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Reconhecer indicações e resultados esperados na transfusão de hemoderivados.

321

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (luva, equipamentos, seringas, agulhas gelco, scalp), medicamentos (ver abaixo), hemoderivados e equipamentos pertinentes (tensiômetro, estetoscópio, termômetro)

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### Concentrado de Hemácias

- Composição: hemácias+100 ml de plasma – cada unidade eleva Hb em 1g e Ht em 3 a 4 %.
- Volume: 250 ml
- Indicações: anemias carenciais com descompressão cardíaca ou sépse, anemias secundárias à perda aguda de forma grave, com descompressão cardíaca, anemias hemolíticas hereditárias (falcemia e pneumonias com níveis de Hb<6g/dl), crises de sequestração aguda, crises hemolíticas com descompensação cardíaca e processos infecciosos graves com descompensação cardíaca.
- Posologia: 10 ml/kg

#### Concentrado de Plaquetas (múltiplos doadores)

- Composição: 5,5 x 10<sup>10</sup> cel/U – Espera-se elevação de 5000 plaquetas/mm<sup>3</sup>.
- Volume: 50 ml
- Indicações: Plaquetopenia (Se as plaquetas estiverem abaixo de 60 a 80 mil, com manifestações sistêmicas, ou abaixo de 20 mil, mesmo sem manifestações).
- Posologia: 1 unidade para cada 10kg.

#### Plasma fresco congelado

- Composição: Plasma com todos os fatores de coagulação e complemento.
- Volume: 220 ml
- Indicações: Tratamento de distúrbios da coagulação e hipovolemia secundária a choque (queimadura extensa, desidratação, hipoalbuminemia)
- Posologia: 10 a 20 ml/kg

### **CUIDADOS**

- Realizar tipagem sanguínea e prova cruzada antes de repor com concentrado de hemácias.
- Nas situações onde os níveis de Hb estão em torno de 6 ou 7, sem quaisquer outros sintomas, NÃO TRANSFUNDIR.
- NÃO TRANSFUNDIR o paciente febril, esperar temperatura baixar a 37°C.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Havendo reação do tipo anafilática, referir ao protocolo de choque anafilático. (PHM 001)
- Havendo incompatibilidade suspenda a transfusão e hidrate com solução 1:1.

## **PROCEDIMENTO: Crise Convulsiva em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Proteger o paciente de trauma e reverter o quadro convulsivo.

322

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos (desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro), material para intubação e para curativo.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Afastar objetos que possam ferir a vítima e não conter ou tentar introduzir objetos em sua boca;

Se a crise cessar espontaneamente:

- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20 e O2 sob cateter nasal a 5 lits/min
- Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação se inconsciência com hipoventilação)
- Realizar glicemia capilar – Se glicemia <50mg – Glicose a 50%, 50ml IV

Se a crise não cessa:

- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20
- Manuseio de vias aéreas
- Diazepam: 0,3 a 0,5 mg/kg, IV, lento, podendo ser repetido por 3 vezes em 5 minutos (máx. 10mg/dose)
- Se necessário Intubar e assistir ventilação
- Fenitoína: DOSE DE ATAQUE: Diluir 1:2 em água destilada (16 a 20 mg/kg/dose)-Tempo de infusão de cerca de 20 minutos (1mg/kg/min). DOSE DE MANUTENÇÃO: (12 horas depois) 7 a 10 mg/dia, diluídos em 10 ml de água destilada, de 8/8h.

### **CUIDADOS**

- Considerar hidantalização nas crises que cessam espontaneamente – 16 a 20mg/kg em água destilada durante 30min.
- Nas crises que não cessam pode-se repetir 2a dose de ataque de hidantal se necessário.
- Havendo bradicardia (<50bpm), suspender a infusão de fenitoína.
- Nas crianças menores de 2 meses preferir fenobarbital.
- Ao estabilizar o quadro, contatar neurologista
- Solicitar Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECG e função hepática

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Nas crises que não cessam espontaneamente, considerar:
- Fenobarbital sódico: DOSE DE ATAQUE: 16 A 20 mg/kg/dose e manter 5mg/kg/dia de 12/12h.

## **PROCEDIMENTO: Tratamento de Crise Asmática em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Reverter quadro emergencial e manter boa ventilação e perfusão de O<sub>2</sub>, com SatO<sub>2</sub> mínima de 95%

323

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração, medicamentos (ver abaixo), desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro, material para intubação e para curativo.

### **CUIDADOS**

- Solicitar hemogasometria: pode ser usada para estagiar o grau de severidade do ataque asmático. Leve: PaO<sub>2</sub> baixa, PaCO<sub>2</sub> baixa e pH elevado. Moderado: PaO<sub>2</sub> baixa, PaCO<sub>2</sub> normal e pH normal. Severo: PaO<sub>2</sub> baixa, PaCO<sub>2</sub> elevado e pH baixo.
- Solicitar Rx de tórax: investigar complicações - pneumotórax, atelectasias, pneumonia) e leucograma (estar atento a infecção coexistente), Ht/Hb, Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos, glicemia e ECG.
- Preferir inalador pressurizado com espaçador, optar por nebulização nos casos muito graves, mudando para inalador pressurizado assim que obtiver alguma melhora.
- Para liberação ideal da medicação por nebulização, deve-se diluí-la em volume mínimo de 4ml de soro fisiológico e o fluxo da mistura gasosa deve ser de 6-8 l/min.
- Quando a criança estiver em crise leve proceder a alta com prescrição de B2 agonista por 3 a 7 dias (enquanto a criança estiver sintomática.).
- Se após a 2ª dose de B2-agonista, a criança estiver em crise grave, encaminhar para observação, acrescentando corticóide venoso; não melhorando e PaCO<sub>2</sub> elevar-se, proceda o internamento com início de broncodilatador venoso; se PaCO<sub>2</sub> continuar se elevando deve-se encaminhar o paciente para a UTI.
- Na 2ª Fase, estando a criança em crise moderada, observar por pelo menos 3 horas (ideal é reavaliar 4 a 6 horas após a 1ª dose de corticóide); se estiver melhorando, proceder a alta com orientação para espaçar progressivamente o B2-agonista (de 4/4 horas, de 6/6 horas) e para continuar a usar o corticóide por 3 a 7 dias.
- Após o uso de corticóide venoso, melhorando o quadro, passar para corticóide oral, espaçar as doses do B2 agonista e, após mais cerca de 3 horas, dê alta se o quadro clínico estiver estabilizado ou melhor; prescrever B2 agonista e corticóide por 5 a 7 dias.
- A aminofilina não é recomendada para tratamento na emergência porque não determina maior broncodilatação quando associada aos B-2 agonistas e também devido aos seus parafefeitos.

### **AÇÕES CORRETIVAS**

- Tratar possíveis deficiências de eletrólitos.
- Instituir antibióticoterapia se suspeita de infecção. (Sulfametaxazol/trimetropim, amoxicilina/clavulonato ou cefaclor.
- Em crise muito grave administrar broncodilatador, uma dose, via SC junto

**PROCEDIMENTO: Abordagem da Diarreia Aguda e Desidratação em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Certificar-se de doença autolimitada
- Promover estabilização hemodinâmica do paciente.
- Reconhecer sinais de desidratação
- Educar responsáveis sobre a prevenção e o manejo da diarreia
- Reconhecer sinais de infecção invasiva

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Impressos para solicitação de exames, medicamentos (ver abaixo)

**CUIDADOS**

- Avaliar a criança através da anamnese e do exame físico, procurando sinais de desidratação desnutrição, desequilíbrio eletrolítico, infecção bacteriana invasiva (sangue nas fezes, febre, toxemia).
- Principais causas de diarreia aguda: Infecção, toxinas ou drogas.
- Considerar antibiótico venoso nas 1as 24-48 horas
- Solicitar Eletrólitos, Culturas e parasitológico de fezes, glicemia, uréia, creatinina e hemogasometria.
- Classificar a criança com relação ao seu estado de hidratação:

PLANO A: Criança sem sinais de desidratação (80% dos casos)

PLANO B: Criança com algum grau de desidratação (15 a 18% dos casos)

PLANO C: Criança com desidratação grave (2 a 5% dos casos)

- Aproveitar o processo de reidratação no PA, para ensinar a mãe o preparo do soro, higiene no manejo do soro e higiene pessoal.

**AÇÕES CORRETIVAS**

- No plano C, corrigir possível hiponatremia: Sol de NaCl a 3%, 12ml/kg/2horas.
- Indicações de gastrólise:

Recusa persistente da solução

Vômitos persistentes (mais de 4 horas)

Distensão abdominal intensa após SRO

Perda de peso após 1 hora do início da TRO.

SNG n.6, 8 ou 10 – Infusão de 5ml/kg/vez – 3x/hora – 20/20 min, seguindo com 10 a 15ml/kg/vez de 20/20 minutos. Ou 15 ml/kg na 1a hora, seguindo 30 a 40 ml/kg/hora em gotejamento contínuo.

## **PROCEDIMENTO: Abordagem da Hipoglicemia em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Reconhecer sinais de hipoglicemia e manter glicemia > 60mg%

325

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (seringa, agulhas, scalp, gelco, luva, algodão, equipo) medicamentos (ver abaixo), exames laboratoriais

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Crianças assintomáticas, capazes de ingerir alimentos

- alimentar por via oral
- dose glicêmica 1 hora depois: se ainda hipoglicêmica, fazer glicose endovenosa (TIG de 4 a 6 mg/kg/min)

Crianças assintomáticas

- fazer um "push" de glicose a 10% - 2ml/kg
- infusão de glicose à velocidade de 6mg/kg/min (TIG)
- a TIG alta deve ser reduzida progressivamente ( reduções de 1 a 2 mg/kg/min)

### **CUIDADOS**

- 50% das crianças com hipoglicemia são assintomáticas, as demais podem apresentar letargia, tonturas, sudorese e palidez.
- Crianças com risco de desenvolver hipoglicemia: recém nascidas, desnutridas, hepatopatas, cardiopatas, septicêmicas, crianças que estavam em venóclise e perdem a veia (crianças em venóclise devem ter glicemia > 80mg%) e crianças que receberam "push" de glicose.
- Critérios para diagnóstico de hipoglicemia em crianças:

glicemia < 20mg% em recém-nascidos prematuros

glicemia < 30mg% em recém-nascidos à termo, nas 1a a 72 horas de vida

glicemia < 40mg% em recém-nascidos a termo, após as primeiras 72 horas de vida

glicemia < 60mg% nas outras idades

## **PROCEDIMENTO: Tratamento da Reação Alérgica em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Determinar o grau da reação alérgica e promover o tratamento imediato.

326

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Material descartável (cateter nasal, eletrodos , cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, Sonda para aspiração) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso), material para intubação, material para curativo.

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### LEVE:

- Anti-histamínico: Prometazina – IM, 0,5 a 1 mg/kg/dose ou 0,1 ml/4kg ( amp 50mg/2ml)

#### MODERADA

- Anti-histamínico: vide anterior.
- Adrenalina – SC, 0,01ml/kg (máx de 0,3ml), até 3 doses de 20/20 minutos.

#### GRAVE

- Anti-histamínico: vide anterior
- Adrenalina: vide anterior
- Corticóide: Hidrocortizona – IV, 10mg/kg (1a dose) e 5mg/kg (doses subsequentes de 2/2, 4/4 ou 6/6h)

#### Acrescentar:

- O2 sob cateter 5l/min./ Intubação, caso necessário.
- Hidratação

### **CUIDADOS**

- início dos Sintomas pode ocorrer minutos após contato com o agente, más pode ocorrer após algumas horas
- Solicitar hemogasometria, Ht/Hb, leucograma, Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos.(caso não haja melhora do quadro em pelo menos 3 horas)
- A reação alérgica é aguda se ocorre com menos de 6 horas.
- Após estabilização do quadro, tratamento domiciliar: anti-histamínico + corticóide VO por 5 a 7 dias.

**PROCEDIMENTO: Abordagem do Abdome Agudo em crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Reverter quadro emergencial
- Estabilização do paciente para definição terapêutica.

327

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Material descartável (seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo, exames laboratoriais, RX.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- ABC
- Estabilização hemodinâmica
- Acesso venoso
- Realizar os exames complementares e manter observação clínica
- Chamar cirurgião para avaliação de indicação cirúrgica

**CUIDADOS**

- Solicitar hemogasometria, Rx de tórax, leucograma, Ht/Hb, Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos, ECG, glicemia e coagulograma, sumário de urina
- Tipar e fazer prova cruzada de sangue.
- Venóclise com 2 gelcos

**AÇÕES CORRETIVAS**

- Contatar cirurgião desde a admissão do paciente.

**PROCEDIMENTO: Abordagem da Cetoacidose Diabética em Crianças**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Definir o quadro de cetoacidose diabética.
- Iniciar o tratamento do quadro crítico.

328

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Material descartável (seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo, glicosímetro, aparelho para eletrocardiograma

**CUIDADOS**

- Velocidade Máxima de infusão do potássio = 0,5 mEq/kg/hora.
- Evitar quedas bruscas de glicemia – risco de edema cerebral.
- Manter glicemia > 200 mg% nas 1as 24horas
- Leucocitose com desvio não significa infecção
- Amilase alta não significa pancreatite
- Monitorar: glicemia, calemia, pH, cetonúria ou cetonemia, ECG para avaliar K+, eletrólitos e hemogasometria.

**AÇÕES CORRETIVAS**

- Procurar fatores desencadeantes:
- Infecção
- Interrupção da terapêutica
- Se o cloreto estiver alto, usar o recurso de substituir cloreto de potássio por fosfato ácido de potássio

**PROCEDIMENTO: Assistência ao Parto Vaginal****RESPONSÁVEL:** Equipe Médica**RESULTADOS ESPERADOS**

Atender as mulheres em trabalho de parto, atendendo a princípios técnicos e humanísticos que promovam um parto não traumático e nascimento saudável.

329

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**Introdução

A assistência ao parto vaginal destina-se a auxiliar a equipe de saúde, responsável pela atenção à mulher grávida e sua família, no momento do parto. Com o processo de urbanização, a maioria das mulheres passou a ter seus partos em maternidades e medidas intervencionistas foram utilizadas de forma rotineira, nem sempre acompanhadas de evidências científicas claras e benéficas à mulher e ao conceito. O uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências para tomada de decisões individuais, deve ser difundido entre as equipes de saúde para escolha, adequada e segura, de como cuidar da mulher, seu bebê e sua família. O objetivo principal dos profissionais que atendem as mulheres em trabalho de parto deve ser a assistência a um parto

não traumático, atendendo a princípios técnicos e humanísticos que promovam um parto e nascimento saudáveis. Este objetivo, por vezes não é alcançado, pois envolve infraestrutura das unidades hospitalares, preparo adequado de equipes, atendimento das expectativas da mulher e sua família, pré-natal qualificado, garantia do acompanhante de livre escolha durante o processo de nascimento, vinculação da gestante à maternidade que assistirá o seu parto, e adoção de práticas alternativas para o alívio da dor. Contudo, essas dificuldades precisam ser sanadas com vistas a garantir a melhor assistência possível durante o nascimento, pois o parto e o pós-parto imediato são períodos em que a mãe e o recém-nascido encontram-se vulneráveis. As práticas de atenção durante o processo do nascimento vêm sendo relacionadas aos principais problemas que acometem mãe e filho. Estima-se que, durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas (BRASIL, 2011).

O parto é um evento social, singular, que envolve a equipe de saúde, a parturiente e sua família. É o momento de uma experiência especial: assistir à chegada de um filho. Assim, esse período precisa ser cuidado de tal forma a minimizar os riscos próprios inerentes ao processo parturitivo, a fim de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e do recém-nascido. Dessa forma, no intuito de se obter uma atenção qualificada, a equipe deve acompanhar o nascimento, avaliando criteriosamente a evolução do trabalho de parto e pós-parto, a fim de prevenir complicações e promover o nascer de forma segura.

Avaliação de Risco no Parto

Uma avaliação das necessidades de classificação do risco no trabalho de parto, para mulher e feto, se constitui um fator importante nos serviços de saúde, pois pode evitar complicações e auxiliar na tomada de decisões sobre local do parto, tipo de parto e nível de atenção. Essa avaliação é um fator dinâmico durante todo o processo, uma vez que o diagnóstico de uma mulher, classificada como "baixo risco" para parto normal pode, repentinamente, mudar para "alto risco". Por este motivo, faz-se necessário realizar avaliações contínuas quanto à classificação de risco da mãe e do feto, durante o trabalho de parto, com uma vigilância criteriosa e acurada. O objetivo primário dessa avaliação é identificar mulheres em categorias diferentes, para as quais ações específicas possam ser planejadas, recomendadas e implementadas.

A equipe de saúde deverá avaliar a gestante para detectar situações que requeiram encaminhamento imediato ao serviço de referência, tais como: hipertensão, diabetes, gestação a partir de 41 semanas, prematuridade, gestação múltipla, hemorragia transvaginal, oligoidrâmnio, restrição de crescimento, cardiopatias, presença de líquido meconial, apresentações anômalas, amniorrexe e óbito fetal. Em caso de encaminhamento ao serviço especializado, o profissional deverá preencher a ficha de referência com todos os dados pertinentes e contatar o serviço, informando-o do motivo do encaminhamento.

#### Admissão da Parturiente na Recepção

O **Acolhimento e a Classificação de Risco** à parturiente devem estar presentes nas maternidades e casas de parto como preconizado pelo Ministério da Saúde. Essas ações visam a um atendimento humanizado e qualificado à mulher e ao filho, à partir das seguintes condutas:

- ✓ Ao chegar à maternidade, a gestante deve ser recebida e acolhida pelos profissionais que irão atendê-la;
- ✓ Os profissionais devem apresentar-se;
- ✓ Realizar a aferição dos sinais vitais e classificação quanto ao risco para o atendimento;
- ✓ O profissional que realizar o acolhimento da gestante deve, ainda, orientar a parturiente sobre o direito ao acompanhante e os cuidados oferecidos na unidade.

Neste momento, é estabelecido o primeiro vínculo entre a gestante e o profissional de saúde. Este deve realizar:

- ✓ escuta qualificada;
- ✓ fazer a anamnese;
- ✓ avaliar o cartão de pré-natal;
- ✓ explicar a necessidade do exame obstétrico (manobras de Leopold);
- ✓ fazer a ausculta cardíaca fetal;
- ✓ fazer avaliação das contrações uterinas;
- ✓ fazer exame especular, em caso de história de perda líquida (toque vaginal);
- ✓ formular a hipótese diagnóstica e definir a conduta.

Salienta-se que na hipótese diagnóstica e conduta, o risco no parto é presumido, porém, este é dinâmico, podendo alterar-se no decorrer do trabalho de parto. Dessa forma, a mulher deve ser avaliada durante todo o processo do nascimento. Nas fases iniciais de trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o verdadeiro diagnóstico diferencial entre o verdadeiro e falso trabalho de parto. Por vezes, precisamos de mais de uma avaliação, cujo tempo pode variar em algumas horas para o diagnóstico preciso de trabalho de parto. As condições abaixo são essenciais para a definição da internação:

- a) Pelo menos 2 contrações efetivas a cada 10 minutos;
- b) Apagamento cervical, colo dilatado para 3cm ou mais;
- c) Um dos sinais acima e ruptura espontânea das membranas (avaliar necessidade do teste do tornassol).

Em situações em que não seja identificada a necessidade de internação, a mulher deverá receber as orientações sobre: retorno ao serviço, observação das contrações, movimentação fetal, perda líquida, entre outros.

Em casos de encaminhamento a outros serviços, o profissional de saúde deverá preencher a ficha de referência e fazer contato com a unidade especializada à qual será encaminhada a parturiente. Em casos de internação, informa-se a mulher e seu acompanhante a conduta a ser adotada, orientações pertinentes, esclarecimento de dúvidas e preenchimento dos registros cabíveis (prontuários, livro de admissão, entre outros). Os registros devem ser realizados em linguagem clara, legível e, em caso de abreviaturas, estas devem ser restritas às conhecidas na literatura obstétrica.

Após preenchimento adequado do prontuário, avalia-se a necessidade da coleta de sangue para exames como: VDRL; HIV (se a data do último exame for superior a 3 meses, colher o sangue após aconselhamento); Classificação sanguínea ABO-Rh (caso a paciente não tenha realizado no pré-natal) e outros exames em casos específicos, como pré-eclâmpsia; diabetes, amniorrexe há mais de 6 horas, entre outros. Na maioria das maternidades, parturientes recebem vestimenta própria e adequada ao trabalho de parto, e deverão ficar com seus pertences íntimos e roupas do bebê, que ficarão sob a guarda do acompanhante. Se não houver acompanhante, discutir com a equipe de saúde qual o melhor procedimento a ser adotado. Os serviços deverão estar organizados para uma assistência interdisciplinar, desde a entrada da mulher no hospital, até a sua alta hospitalar. O cuidado interdisciplinar favorece uma atenção qualificada. São de fundamental importância as orientações e o acolhimento da mulher neste momento, uma vez que é comum a ausência de esclarecimentos quanto ao decorso do trabalho do parto, especialmente em primigestas.

#### Admissão na Sala de Pré-parto, parto e pós-parto

O MS tem recomendado a instalação de unidades de pré parto, parto e pós-parto (PPP) nas maternidades que realizam parto normal. Esses espaços visam a um atendimento diferenciado e humanizado à mulher e sua família, durante o nascimento do filho(a)(s). Na unidade PPP, a mulher é atendida após a admissão, permanecendo nela até as primeiras horas do pós-parto imediato. **Com vistas a assegurar o direito a um parto seguro para mulher e filho, surgiu em 2011 a Rede Cegonha** que preconiza uma política de atenção ao ciclo gravídico e puerperal que possibilita a concretização de um atendimento qualificado à mulher durante a gestação e o nascimento. Desta forma, ações mínimas devem ser contempladas para uma assistência adequada ao ato de nascer, são elas:

- a) O acolhimento na sala de parto se torna de fundamental importância para as mulheres, no processo do trabalho de parto. Conversar, explicar, auxiliar a minimizar os medos informando todos os procedimentos, quando os mesmos forem realizados. Este acolhimento também inclui o acompanhante, pois, muitas vezes, ele não se encontra preparado para aquele momento. Identificar-se pelo nome, é condição inicial para a formação de vínculo entre profissional de saúde e mulher. Oferecer suporte emocional gera segurança e confiança, facilitando o processo natural do parto. As maternidades devem oferecer práticas alternativas para o alívio da dor, na assistência ao parto, sendo, este, o momento de informar as práticas para alívio da dor, explicando as vantagens para parturiente e acompanhante.
- b) Escolha da posição adotada – não há uma posição universalmente aceita e perfeita para todas as mulheres; estas devem ser encorajadas a descobrir qual a posição mais confortável. A posição de pé e a deambulação devem ser encorajadas, pois, na maioria das vezes, aumenta o conforto materno e assegura condições para outras práticas de alívio da dor. Caso a parturiente deseje permanecer deitada, a posição recomendada é o decúbito lateral esquerdo.
- c) Punção venosa e infusão de líquidos - só deve ser utilizada com indicação específica, como tratamento da hipotensão, manejo de emergência hemorrágica, uso de analgesia e em caso do uso adequado da ocitocina.
- d) Dieta - O jejum não é recomendado rotineiramente em parturientes de baixo risco, pois a restrição severa da ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose. O trabalho de parto requer demasiada quantidade de energia e, como não se pode prever a sua total duração, é preciso repor as fontes energéticas, a fim de garantir o bem estar fetal e materno. A dieta poderá ser leve com ingestão de água, suco, gelatina, caldos coados, chá, rapadura, sempre procurando estimular a ingestão pela gestante. As mulheres que vão iniciar uma indução ao parto, poderão se alimentar de dieta líquida ou pastosa até o início da fase ativa do parto. As gestantes com risco de se submeterem ao parto cesáreo deverão ficar em jejum.

e) Uso do PARTOGRAMA – o partograma é uma ferramenta que representa o trabalho de parto e é usado para avaliação do progresso, condução deste período e das condições de ausculta fetal, uma vez que possibilita acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar intercorrências e indicar a tomada de decisões para correção dos problemas. O rastreamento das dificuldades na evolução do trabalho de parto evita intervenções desnecessárias e reduz o risco de parto prolongado e morte perinatal. Avalia os batimentos cardíofetais (BCF), integridade da bolsa das águas, características do líquido amniótico, dilatação do colo uterino, descida da apresentação, frequência das contrações, uso de medicamentos e infusão venosa. Tem mostrado utilidade quando preenchido de forma correta, porém não deve ser usado com excessiva confiança, mas como instrumento auxiliar na avaliação do trabalho de parto.

f) Cuidados na higiene - a paciente deve ser estimulada a tomar banho durante o trabalho de parto (de preferência banho morno) e trocar as vestes, quando necessário. A equipe de saúde deve estar atenta para o conforto e higiene da parturiente e do ambiente.

g) Aleitamento materno - a equipe de saúde deve considerar que este momento é fundamental para ações educativas de estímulo à amamentação e iniciar as primeiras orientações, como o contato pele a pele após o nascimento, a importância da pega ainda na sala de parto. A primeira mamada estimula na mulher, a liberação da ocitocina que atua na descida do leite e também na contração uterina.

#### Atenção durante o Primeiro Estágio do Trabalho de Parto (Dilatação)

A parturiente deverá ser acompanhada pela equipe de saúde, de forma que as intervenções sejam realizadas no momento oportuno, respeitando a fisiologia do trabalho do parto, os medos, os conhecimentos e a ansiedade da mulher e de seu acompanhante. As intervenções não devem ser rotina do serviço, e sim individualizadas, realizadas de acordo com a necessidade identificada. As mulheres com gestação de risco devem ser acompanhadas em serviço por profissionais capacitados e equipamentos adequados para uma avaliação segura. Os procedimentos intervencionistas deverão ser aplicados mediante evidências, quanto aos benefícios maternos e/ou fetais.

#### Monitorização materno e fetal:

Quanto à frequência cardíaca fetal (FCF), seu controle rigoroso durante o trabalho de parto possibilita a adoção de medidas efetivas para garantir um nascimento saudável. No entanto, em gestações de risco habitual, a monitorização contínua da FCF limita a movimentação da mulher. Assim, nesses casos, o controle pode ser realizado a cada 60 minutos na fase latente e início da fase ativa, reduzindo-se, esse intervalo, para 30 minutos conforme progride o trabalho de parto. A FCF deve ser realizada com o estetoscópio de Pinard ou com o sonar Doppler. O valor da frequência cardíaca fetal pode variar de 120 a 160 batimentos por minuto (bpm). A bradicardia fetal é considerada a partir de valores menores que 120bpm e, para taquicardia, valores acima de 160bpm. Esses parâmetros são importantes sinais para diagnóstico de sofrimento fetal (BRASIL, 2003). A cardiotocografia se apresenta como uma importante ferramenta na avaliação da vitalidade fetal. Este exame, quando realizado no momento da admissão da parturiente, é usado para identificação de situações que poderiam se beneficiar com uma monitorização mais contínua ou diagnosticar fetos com padrão de "frequência cardíaca fetal não tranquilizadora" (padrão de frequência cardíaca fetal com desacelerações variáveis repetidas, desacelerações tardias, taquicardia ou bradicardia). Porém, parturientes de baixo risco, não se beneficiam do uso rotineiro de cardiotocografia na admissão, pois não há melhora dos resultados perinatais. Atenção para o registro dos valores identificados no prontuário.

#### Toque vaginal:

O toque vaginal é um dos procedimentos diagnósticos essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto. O número de exames vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio do parto.

A progressão da dilatação e a descida da apresentação fetal deverão ser avaliadas por meio do toque genital, que pode ser realizado em geral a cada 3-4 horas. Porém, o número de toques irá depender da evolução do trabalho de parto. Convém considerar que a avaliação da progressão deste período também deve ser realizada pela observação da mulher, sua aparência, comportamento, contrações uterinas, presença de amniorrexe ou outro fator que faça diferença para tomada de decisão. Em geral, deve-se evitar exame vaginal em excesso devido ao risco de infecção e ao desconforto ocasionado na mulher. É importante ressaltar que, durante o toque vaginal, deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição, as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico, quando a bolsa estiver rota.

333

#### Amniotomia:

A sua indicação permanece controversa, apesar de permitir uma monitorização direta do líquido amniótico; tal intervenção está associada a desvantagens, tais como o aumento na deformação da cabeça fetal, alterações na frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão. Não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação de período de dilatação. Portanto, deve haver um motivo válido para interferir com o momento espontâneo de ruptura das membranas. Em mulheres em trabalho de parto com mais de 6 horas de amniorrexe recomenda-se o uso de antibioticoterapia. O medicamento de escolha é Cefazolina 1g endovenoso de 6 em 6 horas até ao parto. Quando houver decisão de realizar a amniotomia deve-se certificar de que o polo cefálico esteja na altura da bacia e que este procedimento deve ser realizado no momento da contração uterina.

#### Posição da Parturiente:

De acordo com as possibilidades clínicas da parturiente, deve-se permitir e aconselhar que ela escolha a posição mais confortável. A equipe de saúde deve ter conhecimento de que a posição menos recomendada é a que a paciente permaneça deitada, como que à espera do momento das contrações. A deambulação auxilia na evolução do trabalho de parto. A contração uterina é incômoda e nem sempre a mulher encontra uma posição confortável com facilidade. A equipe de saúde deve compreender esta situação e auxiliar a parturiente no decorrer desse processo. Nesse aspecto, as práticas alternativas para alívio da dor podem auxiliar, e serem aplicadas com a paciente sentada, em pé e também no leito. Deve-se explicar à parturiente e ao acompanhante que essas práticas possuem embasamento nos conhecimentos atuais da atenção ao parto, estimular seu uso, porém, respeitar a vontade da mulher quanto ao uso das mesmas.

#### Práticas Alternativas no Alívio da Dor:

Os métodos ou práticas alternativas e não farmacológicas, para o alívio da dor do parto, são amplamente difundidas em todo o mundo. Existem variadas técnicas usadas para alívio da dor; elas dependem do local do parto, do conhecimento da equipe, da cultura da mulher, do respeito a essa cultura e da assistência ao parto de baixo ou alto risco. A OMS privilegia e recomenda essas práticas (OMS, 1996). Diferentes formas de cuidados ao alívio da dor são empregadas com comprovação científica. A hipnose, acupuntura, a acupressão, audioanalgesia, relaxamento e massagem mostram-se efetivas, aumentando o grau de satisfação da paciente. A eficácia da aromaterapia ainda não foi claramente estabelecida e necessita de estudos mais aprofundados. Deve-se considerar que o suporte contínuo intraparto e as posições alternativas se associam ao alívio da dor e maior grau de satisfação materna. Algumas mais conhecidas e utilizadas são as seguintes:

- a) Imersão em água com temperatura controlada pode ser benéfica;
- b) Utilização da bola Suíça: serve como recurso adicional à posição vertical, estímulo ao relaxamento da musculatura perineal, acomodação do polo cefálico e massagem dos nervos sacros espinhais;

- c) Uso do Cavalinho: estimula o conforto, o relaxamento e, como posição, ajuda na realização das técnicas de massagem na região lombar e sacral;
- d) Barra de LING: ajuda no apoio, quando a paciente se encontra de pé. Suas barras servem para alongamento e sustentação durante os esforços, no período da contração uterina e puxos;
- e) Musicoterapia: se presta como técnica de relaxamento;
- f) Massageadores: têm ação no relaxamento e os impulsos nervosos gerados pela massagem competem com mensagem da dor, gerando alívio. Pode ser realizado pela equipe de saúde ou ser ensinada ao acompanhante. Geralmente é mais utilizada na região lombar, trapézios e panturrilhas;
- g) Banho de chuveiro com água morna: promove alívio da dor, por meio da vasodilatação periférica, que leva ao relaxamento muscular. Desta forma, reduz a liberação de catecolaminas e eleva as endorfinas, diminuindo a ansiedade materna. A paciente deverá permanecer por, no mínimo, 20 minutos sob a ducha morna e direcionando a água para a região lombar ou abdômen inferior. O desejo da paciente é a maior indicação;
- h) Procurar explicar, à paciente, a importância da respiração no momento das contrações e no intervalo das mesmas. Os exercícios respiratórios auxiliam na redução da sensação dolorosa, diminuem a ansiedade, melhoram os níveis de saturação materna de oxigênio.

#### Infusão Intravenosa de Ocitocina:

A ocitocina deve ser usada para corrigir a dinâmica de trabalho de parto, em instituições onde houver acesso ao parto cesáreo. Esta é uma preocupação razoável, dada à natureza imprevisível do trabalho de parto manejado artificialmente. Os estudos que analisaram o uso, apenas de ocitocina, para condução do trabalho de parto são raros e pouco consistentes. Quando se realiza a amniotomia e a dinâmica uterina não se apresenta adequada para o momento, podemos oferecer, à paciente, a possibilidade do uso da ocitocina. Ensaios clínicos randomizados, analisando uso de ocitocina após a amniotomia, sugerem que ocorre redução do primeiro estágio do trabalho de parto, sem afetar a taxa de cesárea, satisfação materna e outros indicadores de morbidade materna e neonatal. A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina. Quando se escolhe usar a ocitocina, a dose deve ser de 5UI em 500 ml de soro glicosado em bomba de infusão ou equipo comum. Existem pelo menos 14 esquemas de aumento de dose de ocitocina testados e publicados na literatura, sem claras vantagens de um sobre o outro. A dose deve ser aumentada geometricamente ou aritmeticamente a cada 15 a 60 minutos e, deve-se lembrar que, a meia vida da ocitocina é cerca de cinco minutos e sua concentração é rapidamente reduzida pela ação da ocitocinase. Como efeito adverso, podemos ter taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar até ruptura uterina. Para o feto, o efeito colateral mais comum é o sofrimento fetal agudo, motivado pela hipersístolia, taquissístolia ou hipertonia uterina.

#### Uso da Prostaglandina:

Em nosso meio, a droga escolhida é um ester metílico da prostaglandina E1. A dose usada para amadurecimento do colo, em pacientes com gestação a termo, é de 25µg de 6 em 6 horas, colocado no fundo de saco vaginal, sendo, o comprimido, previamente umedecido com água. O tempo de uso é de 24 horas e, se não desencadear o trabalho de parto, poderá ser realizado com intervalo de 24h e retornar à prescrição anterior. A vitalidade fetal deverá ser acompanhada, rigorosamente, como também as condições maternas. A prostaglandina pode apresentar efeitos colaterais como: taquissístolia; hipertonia uterina; hipertermia; tremores; náuseas vômitos e diarreia.

#### Assistência ao Segundo Período do Parto

O segundo período do trabalho de parto se inicia com a dilatação completa (10 cm), e termina com a expulsão fetal.

Após avaliação contínua da classificação de risco do parto para mãe e feto, a equipe de saúde deve realizar acompanhamento contínuo dessa fase. É o período que, em geral, a parturiente necessita de mais apoio daqueles que a assistem. Não existe consenso sobre o manejo ideal desse período, e sua acurácia ainda deve ser estabelecida em estudos prospectivos. A duração considerada como "normal" continua indeterminada. Até que os estudos sejam concluídos, a conduta no período expulsivo, principalmente no período expulsivo prolongado, dependerá da experiência, da habilidade e do julgamento de quem está conduzindo o parto. De acordo com o ACOG, a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em múltipara com analgesia e uma hora em múltipara sem analgesia acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). No entanto, estes limites podem variar de acordo com a resposta individual de cada parturiente e observou-se que, quando a duração é maior que três horas, elevou-se a morbidade materna e fetal, aumentando, assim, o risco de parto instrumental. Quanto à posição adotada pela mulher no período expulsivo, a recomendação do MS é que, nos partos sem contraindicações, (Iminência de eclâmpsia, hipotensão postural, anemias graves, etc.) a paciente deve assumir a posição que lhe for mais confortável, com a recomendação de que a posição supina reduz a contratilidade uterina e o fluxo sanguíneo placentário. As posições lateral, vertical, semi-sentada, de cócoras e de quatro apoios podem trazer benefícios para o parto, embora os ensaios randomizados de posturas alternativas, para o segundo período do parto, não tenham sido de boa qualidade. O parto na água é de difícil implementação nos serviços atuais, considerando-se as normas de biossegurança e parto, e a morbidade materna e fetal. A frequência do acompanhamento da ausculta fetal durante o período expulsivo carece de ensaios randomizados. As recomendações do Ministério da Saúde são que, seja realizada a cada 5 minutos, durante um minuto, e no intervalo das contrações. A depender da posição adotada pela mulher e do bem estar fetal, existe a possibilidade de mudanças no período de tempo da ausculta. A episiotomia não é recomendada rotineiramente, mas pode ser necessária em determinadas situações (OMS, 1996). Quando indicada, a paciente deve ser consultada, e devidamente informada da necessidade de realizar o procedimento. Uma revisão sistemática demonstra algumas indicações desse procedimento como: parto pélvico, macrossomia fetal, parto pré-termo, parto operatório (fórceps), ou ameaça de ruptura perineal grave. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), estabelece critérios para as indicações maternas e fetais, como evitar lacerações graves na mãe ou evitar partos difíceis. Assim, a decisão deve ser individualizada. A recomendação é que a episiotomia médio lateral não determina proteção contra o surgimento de incontinência urinária de esforço, incontinência fecal e prolapso genital, após o terceiro mês do parto, estando associada à maior frequência de dispareunia e dor perineal. Quando realizada, a episiotomia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada à menor dor no pós-parto, e o material da sutura deve ser fio absorvível (poliglicólico e poliglicana), pois provoca menos dor. Não existe "uma melhor técnica" para prevenir o trauma perineal. A recomendação é que a decisão seja tomada pela mulher e pelo profissional que está conduzindo o parto, com base no conforto materno e na necessidade de um desprendimento do polo cefálico, de forma menos traumática. Portanto, massagens perineais, compressas e uso de lubrificantes, todas carecem de comprovação científica, embora, na prática diária, tenham se mostrado importantes em situações específicas.

#### Assistência ao Terceiro Período do Parto

O terceiro período do parto inicia-se após a expulsão de feto e termina com o desprendimento da placenta. As recomendações da OMS e da FIGO, para o manejo ativo desse período, se pautam em evidências científicas do potencial de redução da morbimortalidade materna e fetal.

Essas recomendações compreendem as seguintes intervenções: administração profilática de ocitócicos após a expulsão fetal, clampeamento e secção do cordão umbilical, tração controlada do cordão umbilical e massagem do fundo do útero (OMS, 1996). O clampeamento tardio do cordão umbilical pode ser particularmente importante, em lugares com poucos recursos e acesso limitado à tecnologia cara, visto que o clampeamento tardio em recém-nascidos de baixo peso ao nascer, tem sido associado à redução de dias necessitando de oxigênio, menos dias ou diminuição da necessidade de ventilação mecânica, diminuição da necessidade de uso de surfactante e de transfusões, devido à hipotensão ou à anemia. A recomendação do Ministério da Saúde é que, se o recém-nascido se encontra em boas condições, deve ser colocado 10 cm acima ou abaixo do nível da placenta, e a transfusão placentária se completa em 3 minutos. Atentar para situações onde o maior aporte sanguíneo, para o feto, possa ocasionar aumento da morbidade (Paciente HIV positivo; Isoimunização, mães diabéticas etc.). O contato pele a pele entre mãe e filho é importante por várias razões: o bem estar psicológico, pelo recebimento rápido do seu filho, estabelecendo vínculo precoce; a regulação da temperatura do recém-nascido; o estímulo precoce ao seio, o desejo imediato da mãe, em olhar seu bebê e saber que realmente está tudo bem. Nesse momento, deverá ser realizado o primeiro contato ao seio, com apoio à mãe, para assegurar confiança na introdução à boa pega do mamilo; posição adequada do recém-nascido ao seio e desmitificação de ideias que carregamos ao longo de nossas vidas. A hemorragia pós-parto é a maior causa de mortalidade materna no mundo. Representa 25% de todas as mortes maternas, e a atonia uterina é a causa mais comum. De acordo com a recomendação atual da OMS, devem ser realizados os seguintes passos: Administração de uterotônicos - 10UI de ocitocina intramuscular logo após o parto; tração para baixo, de forma suave, do cordão umbilical ao mesmo tempo em que se estabiliza o útero com a outra mão, exercendo contração sobre o osso púbico da mãe; massagem uterina, realizada imediatamente após a expulsão da placenta. Por fim, nesse período, é imprescindível o exame da placenta, para avaliarmos se não houve retenção de cotilédones ou de restos de membranas amnióticas.

#### Métodos Farmacológicos para Alívio da Dor:

Existe um consenso de que o método farmacológico indicado para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, seria a analgesia peridural ou técnica combinada (raquidiana e peridural). Alguns entraves metodológicos têm dificultado a obtenção de interpretação de evidências, uma vez que, a maior parte dos estudos publicados, compara técnica peridural ou combinada com outros métodos farmacológicos, de forma que o grupo ideal de controle não pode ser incluído. A conclusão é de que, a analgesia peridural fornece alívio mais significativo da dor que outras formas de analgesia não peridural, que a técnica combinada associou-se a alívio mais rápido e efetivo da dor, e provocou menos retenção urinária. Não foi observado maior índice de cesáreas por falha de progressão no trabalho de parto, quando se utilizou a analgesia peridural. A Raquianestesia é adequada no final do primeiro estágio do trabalho de parto e durante o período expulsivo. É efetiva quando se pretende ter um bom relaxamento perineal, tendo a apresentação fetal já iniciada, a progressão dentro do canal de parto. Deve ser recomendada quando o parto é operatório a Fórceps, e nas revisões do canal de parto e do colo do útero. Um dos inconvenientes é que, se o nível de bloqueio ficar alto, pode haver perda da prensa abdominal com dificuldade de expulsão fetal, retardo no período expulsivo e cefaleia pós-raque.

#### Assistência ao Quarto Período do Parto

Na primeira hora do pós-parto, também chamado período de Greenberg, ocorrem fenômenos importantes que necessitam de vigilância. A diminuição da hemorragia uterina dá-se por miotrombotamponamento e momentos de alternância de indiferença uterina, ocasionada pela alternância de contrações e relaxamento do útero.

É de suma importância a vigilância neste período, pois é neste momento que algumas mulheres iniciam as hemorragias vaginais, e os cuidados devem ser tomados imediatamente, para evitar desfecho de morte. Este período deve ser de deslumbramento entre mãe e filho, de encontro com o pai e de formação dos primeiros vínculos. De preferência, deve ser oferecida alimentação e conforto, não havendo necessidade de tomar banho de chuveiro com urgência. Aos profissionais de saúde, cabe o respeito pelo momento e a vigilância no aparecimento de intercorrências. Se a paciente ocupa sala de PPP, deverá permanecer nela. Caso contrário, após a primeira hora, deverá seguir de maca ou de cadeira de rodas para o seu leito, juntamente com seu recém-nascido.

## **PROCEDIMENTO: Assistência ao RN na sala de parto**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

O preparo para a assistência ao recém-nascido, na sala de parto, deve incluir:

- Acolher a gestante;
- Identificar os fatores de risco através da anamnese adequada (sempre que possível, o pediatra deve conversar com a gestante, buscando informações sobre a gestação e antecedentes maternos, além de prestar-lhe esclarecimentos);
- Consultar o cartão da gestante, checar e registrar os exames realizados no pré-natal;
- Buscar informações no prontuário obstétrico;
- Checar os materiais de reanimação; • Seguir protocolo de atendimento ao recém-nascido em sala de parto.
- Pelo menos um profissional capacitado em todos os passos da reanimação neonatal, com atenção voltada exclusivamente para o neonato.
- Equipamentos: o material deve estar preparado e testado antes do parto e encontrar-se em local de fácil acesso:
  - Fonte de calor radiante - berço aquecido
  - Fonte de oxigênio com fluxômetro e aspirador a vácuo com manômetro
  - Sonda traqueal nº 8 e 10
  - Balão autoinflável com capacidade máxima de 750ml com reservatório de oxigênio e máscaras adequadas ao RNT e RNPT
  - Material para intubação endotraqueal: laringoscópio, lâmina reta (nº 00, 0 e 1)
  - Adaptador para aspiração traqueal, cânulas orotraqueais sem cuff (nº 2.5; 3.0; 3.5; 4.0), pilha e lâmpada sobressalentes e material para fixar a cânula
  - Seringas (1, 5, 10 e 20mL)
  - Cordclamp umbilical
  - Oxímetro de pulso
  - Cateter umbilical ou sonda gástrica número 4 ou 6
  - Adrenalina (1:1.000)
  - Expansores de volume: soro fisiológico

#### Atendimento ao Recém-nascido em Sala de Parto

Ao RN apresentando boa vitalidade e não necessitando de qualquer manobra de reanimação, deve-se: posicioná-lo sobre o abdome materno, no contato pele a pele em temperatura ambiente ou de 26 graus, e cobertos com campos pré aquecidos, a ligadura do cordão realizada com um a três minutos.

Caso o RN seja prematuro ou com respiração irregular ou ausente ou hipotônico, começar os passos iniciais da reanimação em 30 segundos:

- Prover calor e posicionar a cabeça do RN, em leve extensão do pescoço.
- Aspirar boca e narinas, se necessário e reposicionar a cabeça do RN
- Secar e remover os campos úmidos.

Reavaliar e dar prosseguimento às rotinas, de acordo com o protocolo do Programa

de Reanimação Neonatal. Para RN prematuro com peso menor que 1.500g:

- Manter a sala em temperatura de 26°C
- Recepcionar em campos aquecidos e ofertar fonte de calor radiante
- Envolver imediatamente o RN em saco plástico poroso, sem secar o RN.
- Secar a cabeça e colocar touca
- Realizar todas as manobras de reanimação necessárias com o RN envolvido em saco plástico
- Transportar o RN em incubadora de transporte, aquecida.

339

#### Assistência ao Recém-nascido com Líquido Amniótico Meconial

Deve-se fazer a ligadura imediata do cordão, levar o RN para o berço de calor radiante e avaliar vitalidade:

- Se RN com boa vitalidade (FC maior que 100 e tônus em flexão e respiração regular), dar sequência aos passos iniciais da reanimação.
- Se RN não vigoroso (FC menor que 100 e/ou hipotônico e/ou respiração irregular ou ausente), o pediatra deve aspirar o mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização direta, uma única vez. Em seguida, secar e remover os campos úmidos, reposicionar e avaliar FC e respiração, dando sequência de acordo com o fluxograma da reanimação.

#### Realização e Registro do Índice de Apgar

O Índice de Apgar deve ser registrado no primeiro e quinto minutos de vida, com o objetivo de avaliar a vitalidade do RN. Se o Apgar for menor que 7 no quinto minuto, deve-se prosseguir com a avaliação até o vigésimo minuto de vida ou até que o Apgar esteja maior ou igual a 7.

#### Cuidados Gerais com o RN:

- Contato pele a pele o mais precoce possível: colocação do RN em contato direto no colo da mãe para aquecimento, reforçando o vínculo afetivo entre mãe e bebê e facilitando o aleitamento materno.
- Retardar os procedimentos de rotina como banho e mensurações do RN, permitindo o contato pele a pele por um maior tempo e a estabilização da temperatura corpórea do RN.
- A amamentação, sempre que possível, deve ser iniciada na primeira hora de vida.
- Profilaxia da hemorragia – vitamina K (1mg, intramuscular) – aplicação no músculo vasto-lateral da coxa esquerda.
- Profilaxia da oftalmia neonatal – aplicação da solução de iodo-povidine 2,5%, uma gota em cada olho, logo após o nascimento.
- Verificação da permeabilidade do trato gastrointestinal: -Passagem de sonda gástrica para pesquisa de atresia de esôfago (incidência de 1:4.000) e medição do conteúdo gástrico para pesquisa de obstruções intestinais. -Checar a permeabilidade do ânus.
- Classificação sanguínea materna e do recém-nascido
- VDRL materno do dia do parto
- HIV materno do dia do parto
- Alojamento Conjunto
- Alta Hospitalar com 48 horas de vida (Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993).

### **CUIDADOS**

A alta hospitalar precoce (entre 24 e 48 horas de vida) pode ser avaliada desde que preencha critérios mínimos que reflitam o bom estado do RN, ausência de fatores de risco e garantia de retorno ambulatorial para reavaliação em 48 a 72 horas após a alta.

## **PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

### **PROCEDIMENTO: Rotina Operacional Médica para as Unidades de Terapia Intensiva**

340

#### **RESPONSÁVEL:**

- Gerência Médica;
- Coordenação Médica da UTI;
- Serviço Médico da UTI.

#### **OBJETIVO**

Descrever a rotina da equipe médica do HEI, quanto às atividades e atribuições fundamentais para o trabalho do plantonista na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

#### **ROTINA MÉDICA DE ATENDIMENTO NA UTI**

##### **Primeiro atendimento**

A primeira avaliação médica no paciente da UTI seguirá o seguinte roteiro:

- História clínica detalhada e exame físico minucioso, com posterior evolução em prontuário;
- Discussão do caso quando aplicável para definição do diagnóstico. Deverão ser utilizados todos os recursos diagnósticos disponíveis. Sempre que solicitar um exame ou um parecer, fornecendo toda informação necessária para a correta execução do exame e sua interpretação;
- Informar ao paciente ou familiar, quando apropriado, sobre sua doença e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido. É necessário também obter o consentimento, do familiar responsável pela criança ou adolescente, por escrito, para a realização de procedimentos invasivos, atos cirúrgicos e participação em pesquisas.

##### **Acompanhamento do paciente na UTI**

- Monitorar todos os pacientes sob sua responsabilidade na UTI, com atenção aos graves, gravíssimos e submetidos a procedimento invasivo com avaliações clínicas a curtos intervalos, observação de ventilador mecânico, drenos, secreções, incisões, curativos, complicações e o seu manuseio, registrando os dados significativos no prontuário;
- Realizar estudo de caso com equipe multidisciplinar da UTI, com o objetivo de estabelecer o PTS;
- Visita diária: o exame físico deverá ser completo, especialmente nos casos ainda sem definição, pois um achado novo poderá ser fundamental para o diagnóstico. Durante a visita, é dever do médico e direito do paciente/acompanhante ter acesso às informações sobre seu quadro clínico;
- A análise de resultados dos exames complementares e a necessidade de novos exames será discutida pela equipe.

##### **Prescrição Médica**

Para garantir maior segurança ao profissional e pacientes, sugere-se o seguinte roteiro para a prescrição médica:

- Cabeçalho – nome e endereço da Instituição;
- Super inscrição – dados do paciente: nome, endereço (andar, UTI, serviço, leito e número do prontuário), idade, peso, altura, alergias e símbolo;
- Inscrição – nome do medicamento (de acordo com a DCB ou DCI), concentração (usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), forma

farmacêutica;

- Subinscrição – Dose (expressa em unidade usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), diluente: tipo e volume (para administrações parenterais), posologia, quantidade total a ser dispensada e administrada, velocidade de infusão (para soluções intravenosas) e duração da terapia;
- Transcrição – Composta pelas orientações do prescritor para o farmacêutico e enfermeiro;
- Data;
- Identificação do prescritor – Carimbo com número do registro no Conselho Regional de Medicina/Odontologia e assinatura.

#### **Sequência padrão de prescrição:**

- a) Dieta;
- b) Soros;
- c) Medicamentos (EV, IM, SC, VO...);
- d) Cuidados específicos;
- e) Exames complementares.

#### **Pontos Importantes:**

- Enumerar todos os itens prescritos;
- Prescrever medicamentos padronizados;
- Preferir o nome genérico do medicamento;
- Evitar ordens não presenciais;
- Ao finalizar a prescrição, deixar nome completo legível e CRM;
- A ordem verbal, assim como a ordem realizada por terceiros, não será considerada como item da prescrição médica;
- Atualizar os itens da prescrição diariamente, prescrever preferencialmente até as 10 horas;
- Quando houver necessidade da equipe multiprofissional, prescrevê-la todos os dias;
- A prescrição é regida por uma base legal com os seguintes enunciados:  
Escrever por extenso;
  - Forma legível;
  - Obedecer ao vernáculo;
  - Modo de usar o medicamento;
  - É vedado o uso de forma secreta com o uso de códigos;
  - Utilizar nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
  - Assinatura do prescritor e inscrição no CRM;
  - Usar a Denominação Comum Brasileira – DCB, em sua ausência a Denominação Comum Internacional – DCI.

#### **Estrutura mínima para prescrição hospitalar de medicamentos:**

- MEDICAMENTO DE USO ORAL: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via + orientações de uso.
- MEDICAMENTO DE USO ENDOVENOSO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso.
- MEDICAMENTO DE USO TÓPICO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + posologia + orientações de uso.
- MEDICAMENTO DE USO INALATÓRIO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientações de uso.
- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR OUTRAS VIAS PARENTERAIS: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente +

volume + via + posologia + orientações de administração e uso.

### **Prescrição de sangue e hemocomponentes**

- Avaliar indicação de prescrição baseado no protocolo de indicação transfusional;
- Checar qual(is) hemoderivado(s) irá(ão) ser prescrito(s) (se concentrado de hemácias, plaquetas randômicas ou em aférese, plasma fresco congelado e crioprecipitado), não existindo indicação de sangue total em nenhuma hipótese;
- Checar se há indicação de modificação especial do hemocomponente e escolhê-lo com a modificação especial, se for o caso. Opções: filtrado (desleucocitado), irradiado e/ou lavado;
- Especificar a quantidade em número e em volume de cada hemocomponente;
- Especificar a frequência da realização do hemocomponentes;
- Especificar o tempo de infusão do hemocomponente;
- Preencher completamente a ficha de prescrição de hemocomponente específica no sistema. Tipo de hemocomponente + modificação (padrão, lavado, filtrado) + dose + posologia (unidade e volume) +via + tempo de uso;
- Se o paciente tiver histórico de reação transfusional, prescrever a medicação pertinente antes de iniciar o hemocomponente (anti-histamínico, se história de alergia e antitérmico, se história de febre);
- Estar ciente das reações transfusionais que podem ocorrer com cada hemocomponente e estar preparado para agir imediatamente em caso de reação transfusional. Com a evolução da prescrição, ampliação do arsenal terapêutico, vias de administração e avanço tecnológico na área farmacêutica, diversas informações passaram a ser necessárias em uma prescrição, para assegurar a compreensão e cumprimento dela. Algumas destas informações são consideradas elementos-chave, e quando ausentes, incompletos ou ilegíveis, agregam elevada probabilidade para a ocorrência de erros.

342

### **Resumo das responsabilidades Médicas na UTI**

#### Plantão Diurno

- Receber o plantão, pessoalmente e pontualmente;
- Checar exames dos pacientes e os controles de enfermagem de todos os pacientes;
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames;
- Examinar os pacientes;
- Discutir os casos com os coordenadores;
- Participar da visita multidisciplinar;
- Executar o plano terapêutico definido na visita multidisciplinar;
- Realizar prescrição (idealmente, até 10 horas) e assinar;
- Definir as altas e passar para a enfermeira (idealmente, até 10 horas);
- Fazer a evolução médica diurna e assinar;
- Fazer os relatórios de alta no sistema somente no momento da alta;
- Aos sábados e domingos, fazer, conferir e liberar as prescrições;
- Admitir pacientes;
- Permanecer na UTI durante todo o horário do plantão;
- Passar visita com os familiares no horário programado para UTI (remota ou presencialmente, a depender do contexto pandêmico);
- Manter a organização da UTI.

#### Plantão Noturno

- Receber o plantão, pessoalmente e pontualmente;

- Examinar os pacientes;
- Fazer a evolução médica noturna e assinar;
- Solicitar exames laboratoriais de rotina;
  
- Verificar os resultados de exames laboratoriais e imagem;
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames;
- Admitir pacientes;
- Manter a organização da UTI.

**Observações Importantes**

- Em caso de piora clínica dos pacientes (PCR, insuficiência respiratória com necessidade de intubação, indicação de cirurgia de emergência, cateterismo etc.), comunicar sempre: Médico coordenador da UTI e equipe assistente;
- Atenção a liberação de prescrições no fim de semana. Conferir item por item, cuidadosamente;
- Realizar procedimentos médicos de forma asséptica e utilizar sempre que possível a ultrassonografia para guiar as punções.

## PROCEDIMENTO: DIAGNÓSTICO EM MEDICINA

### INTRODUÇÃO

Diagnóstico é a palavra da área da medicina que significa a qualificação de um médico em relação a uma doença ou condição física ou mental com base nos sintomas observados.

### OBJETIVO

Identificar doenças, condição física ou mental, com base nos sintomas, elaborar o plano terapêutico e prever as manifestações no futuro.

### RESPONSÁVEIS

Médico Intensivista.

### PROCEDIMENTO

- Realizar consulta médica.
- Colher histórico clínico.
- Realizar exame físico.
- Solicitar exames complementares (laboratoriais e de imagem).
- Sintetizar diagnóstico em uma ou mais doenças.
- Prescrever tratamento.
- Explicar e orientar ao paciente sobre diagnóstico e tratamentos necessário.

**Obs. Diagnóstico laboratorial:** um conjunto de dados, formado a partir de sinais e sintomas, histórico clínico, exame físico e de exames complementares (laboratoriais, etc), é analisado pelo profissional de saúde e sintetizado em uma ou mais doenças.

Há 3 (três) pilares para um diagnóstico correto:

- Conhecimento médico suficiente;
- Coleta de dados completa;
- Raciocínio Clínico.

O Médico deve evitar julgamentos precipitados.

Descreve-se os diagnósticos comumente utilizados em Medicina como:

- **Clínico ou sindrômico:** descrição de sinais e sintomas: síndrome de derrame pleural, síndrome da mononucleose, síndrome de desconforto respiratório;
- **Etiológico:** descrição da causa;
- **Topográfico:** região do corpo;
- **Anatômico:** exatamente o ponto anatômico;
- **Patológico:** resultado do estudo da doença;
- **Funcional:** insuficiência renal crônica, ICC, insuficiência hepática;
- **Nutricional;**
- **Imunobiológico;**
- **Diagnóstico diferencial:** método usado para identificar doenças, feito por processo de eliminação;
- **Diagnóstico provisório:** aplicado em situações de dúvida, quando o médico presume que o paciente apresenta os critérios para um determinado transtorno, mas não dispõe de informação suficiente para o confirmar;
- **Há o diagnóstico social:** está, obviamente, relacionado com o serviço social.

Define-se como o processo de elaboração e sistematização de informações como uma forma de conhecimento e compreensão dos problemas e necessidades dentro de certo contexto, suas causas e sua evolução durante o tempo, levando-se em conta os fatores condicionantes, de risco e tendências. O diagnóstico social permite também que ocorra uma discriminação destes em face de sua importância, visando listar as prioridades e estratégias de intervenção, com possibilidades de determinar o grau de viabilidade e eficácia de maneira precoce.

## **PROCEDIMENTO: Dor Torácica**

### **INTRODUÇÃO**

A dor torácica em pacientes pediátricos é um achado comum, tanto em consultórios quanto em serviços de emergência. Contudo, um número muito pequeno pode ter como etiologia alterações cardiovasculares. As causas mais comuns de dor torácica em Pediatria são, em ordem decrescente de frequência, musculoesqueléticas, pulmonares, gastrointestinais e psicológicas. Desta forma, uma história clínica bem feita, com especial atenção a potenciais fatores de risco cardiovasculares, é capaz de determinar se há causa cardíaca associada, diminuindo a indicação de exames complementares e, conseqüentemente, o uso inadequado dos recursos do sistema de saúde.

345

### **OBJETIVO**

Padronizar e garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes com dor torácica de forma objetiva e rápida.

### **RESPONSÁVEL**

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

### **PROCEDIMENTOS**

1. Coletar dados e Sinais Vitais do paciente:
  - a. Pressão arterial (PA),
  - b. Frequência cardíaca (FC),
  - c. Frequência respiratória (FR) e
  - d. Saturação.
2. Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo o
3. fluxograma do Manchester. Sempre perguntar se possui alergia a
4. algum tipo de medicamento e/ou substância.
5. Verificar a presença dos sinais e sintomas que caracterizam uma dor
6. torácica típica:
  - a. Caráter da dor;
  - b. Localização da dor;
  - c. Fatores desencadeantes;
7. Classificação de risco para dor torácica. Avaliar queixa principal:
8. Aperto/Pressão/ Queimação (Risco Laranja);
9. Irradiação para MSE (Risco Laranja);
10. Acompanhada de dispnéia (Risco Laranja);
11. Dor precordial.
12. Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de maior risco:
  - a. Hipotensão arterial (PA sistólica 120 bpm);
  - b. Rebaixamento do nível de consciência;
  - c. Taquipneia (FR .45 IRPM) SAT <92%.
13. Realizar Raio-x Toráx, ECG (se constatado dor típica),
14. Ecocardiograma e exames laboratoriais (enzimas cardíacas).
15. Realizar monitorização multiparamétrica contínua.
16. Avaliar exames e estabelecer conduta de acordo com os resultados e
17. solicitar parecer da Cardiologia Pediátrica, após exames.

## **PROTOCOLO: Atribuições e Atividades do Médico Plantonista na UTI**

### **INTRODUÇÃO**

Descrever as atividades e atribuições fundamentais para trabalho do plantonista nas UTIs. Para que a comunicação e o trabalho não tenham prejuízo para o colaborador e o paciente.

### **OBJETIVO**

Orientar e instruir a equipe médica, quanto as atividades e atribuições fundamentais para trabalho do plantonista nas UTIs.

### **RESPONSÁVEL**

Médico.

### **PROCEDIMENTO**

#### Médico Diurno

- Assumir o plantão pessoalmente e pontualmente.
- Checar exames dos pacientes e os controles de enfermagem de todos os pacientes.
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames.
- Examinar os pacientes. Discutir os casos com os coordenadores.
- Participar da visita multidisciplinar.
- Executar o plano terapêutico definido na visita multidisciplinar.
- Realizar prescrição (idealmente até 10:00 h).
- Definir as altas e passar para a enfermeira. (ideal até 10:00 h).
- Fazer a evolução médica diurna.
- Fazer os relatórios de alta no sistema somente no momento da alta.
- Aos sábados e domingos, fazer, conferir e liberar as prescrições.
- Admitir pacientes
- Permanecer na UTI durante todo o horário do plantão.
- Passar visita com os familiares no horário programado para UTI.
- Manter a Organização da UTI.

#### Médico Noturno

- Assumir o plantão pessoalmente e pontualmente.
- Examinar os pacientes.
- Realiza a evolução médica noturna.
- Solicitar exames laboratoriais de rotina.
- Verificar os resultados de exames laboratoriais e imagem.
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames.
- Admitir pacientes.

#### Orientações e normas de trabalho nas UTIs:

- É proibido o uso de qualquer tipo de adorno no plantão. Isso inclui alianças, relógios, brincos, pulseiras, etc.
- É necessário o uso de roupas privativas, disponíveis na rouparia do Hospital. Na saída do plantão a roupa privativa deverá ser dispensada no "hamper" específico que se encontra na entrada do hospital.
- Ao chegar ao plantão, deixe bolsas e mochilas no repouso médico.
- Assinar sempre o seu plantão na folha de ponto. Após início das atividades o registro da entrada dos plantões será realizado através do aplicativo Dimob.
- Se apresente para a equipe multidisciplinar responsável pelos seus pacientes.

- Se apresente aos demais colegas de plantão nas UTIs.
- Na UTI, ajude os demais colegas em admissões e dificuldades. Da mesma forma, peça ajuda sempre que necessário. **Trabalhe em equipe.**
- Permaneça na UTI durante todo o período do plantão. Comunique a equipe caso vá para o café (**copa**), almoço (**copa**), etc.
- Tenha bom relacionamento com os colegas de plantão, médicos assistentes, familiares de pacientes e com a equipe multidisciplinar.
- Em caso de piora clínica dos pacientes (PCR, insuficiência respiratória com necessidade de intubação, indicação de cirurgia de emergência, cateterismo, etc.), comunicar sempre ao médico assistente;
- Atenção na liberação de prescrições no fim de semana. Conferir item por item cuidadosamente;
- Manter a organização do produto (evoluções, intercorrências, prescrições). Assinar os documentos eletrônicos com certificado digital.
- Realizar procedimentos médicos de forma asséptica e utilizar sempre que possível a ultrassonografia para guiar as punções.
- Em caso de dificuldade ou insegurança na realização de procedimento, peça sempre ajuda.

## **PROTOCOLO: MANEJO NA MORTE ENCEFÁLICA**

### **INTRODUÇÃO**

Para iniciar um protocolo de ME, o paciente deve preencher alguns critérios bem estabelecidos. É essencial que o paciente esteja em Glasgow 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições confundidoras para o coma, como uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves, hipóxia ou hipotensão. Além disso, todo paciente com suspeita de ME deve ter comprovada por exame de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar o exame neurológico encontrado.

348

### **OBJETIVO**

Padronizar as condutas relacionadas à perda completa e irreversível das funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico. O diagnóstico de morte encefálica é obrigatório e a notificação para a Central de Notificação, Captação e distribuição de órgãos (CNCDO), independente da possibilidade de doação ou não de órgãos e/ou tecidos conforme estabelecidos na Lei 9434/1997 e Resolução CFM 2173/2017.

### **RESPONSÁVEIS**

Médicos.

### **PROCEDIMENTO**

#### Etapa 1: Pré requisitos

#### Lesão Grave e irreversível:

Lesão Grave e irreversível:

-SEMPRE deve fazer exame de imagem.

Período de observação e tratamento:

- Deve respeitar pelo menos 6h de observação em ambiente hospitalar.

- Quando a causa primária for encefalopatia hipóxico-isquêmica a observação deverá ser no mínimo 24 horas após a PCR ou 24 horas após o reaquecimento se utilizado hipotermia terapêutica.

Afastar Causas Reversíveis do Coma;

- Os principais fatores de confusão: distúrbios de sódio, distúrbios ácido base, hipotireoidismo, hipotermia, hipotensão, intoxicação exógena, fármacos depressores do SNC, bloqueadores neuromusculares.

-Parâmetros fisiológicos Mínimos durante determinação da ME:

- Temp > 35°C
- PAS ≥ 100mmHg ou PAM ≥ 65mmHg (PA em pediatria Figura 1)
- Saturação > 94%

Diagnóstico Diferencial:

-Sinal de Lázaro (movimentação dos membros);

-Reflexos tendíneos, abdominais, cremastéreo ou sinal de Babinsky persistentes; movimentos ondulares dos dedos dos pés;

-Ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexotônico cervical;

#### Etapa 2: Exame clínico (2 testes)

#### Como não Perceptivo:

Estado de inconsciência permanente com ausência de resposta motora supraespinhal a qualquer estimulação, particularmente dolorosa intensa em região supraorbitária, trapézio e leito ungueal dos quatro membros. A presença de atitude de descebração ou decorticação invalida o diagnóstico de ME.

Poderão ser observados reflexos tendinosos profundos, movimentos de membros, atitude em opistótono ou flexão do tronco, adução/elevação de ombros, sudorese, rubor ou taquicardia, ocorrendo espontaneamente ou durante a estimulação. A presença desses sinais clínicos significa apenas a persistência de atividade medular e não invalida a determinação de ME.

- Ausência do reflexo fotomotor: as pupilas deverão estar fixas e sem resposta à estimulação luminosidade intensa (lanterna), podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos.
- Ausência de reflexo córneo-palpebral: ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral interior da córnea com gotejamento de soro fisiológico gelado ou algodão embebido em soro fisiológico ou água destilada.
- Ausência de reflexo óculos-cefálico: ausência de desvio do(s) olho(s) durante a movimentação rápida da cabeça nos sentidos lateral e vertical. Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeita ou confirmada.
- Ausência de reflexo vestibulo-calórico: ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação do conduto auditivo externo com 50 a 100 ml de água fria ( $\pm 5$  °C), com a cabeça colocada em posição supina e a 30°. O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do
- conduto auditivo externo por cerume.
- Ausência de reflexo de tosse: ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.

Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, óculo-cefálico ou vestibulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de ME. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário.

Repetição do exame clínico: o segundo exame deverá ser realizado 24 hs após o primeiro e por outro médico devidamente capacitado.

### Etapa 3: Teste da Apnéia

(Para o teste de apnéia adequado, sempre instalar Pressão arterial invasiva)

A realização do teste de apnéia é obrigatória na determinação da ME. A apnéia é definida pela ausência de movimentos respiratórios espontâneos, após a estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia (PaCO<sub>2</sub> superior a 55 mmHg). A metodologia proposta permite a obtenção dessa estimulação máxima, prevenindo a ocorrência de hipóxia concomitante e minimizando o risco de intercorrências.

- Ventilação com FiO<sub>2</sub> de 100% por, no mínimo, 10 minutos para
- atingir PaO<sub>2</sub> igual ou maior a 200 mmHg e PaCO<sub>2</sub> entre 35 e 45
- mmHg.
- Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial
- (idealmente por cateterismo arterial).
- Desconectar ventilação mecânica.
- Estabelecer fluxo contínuo de O<sub>2</sub> por um cateter intratraqueal ao
- nível da carina (6L/min), ou tubo T (12L/min) ou CPAP (até 12
- L/min + até 10 cm H<sub>2</sub>O).
- Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito
- a dez minutos. Prever elevação da PaCO<sub>2</sub> de 3 mmHg/min em adultos
- e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão
- necessário.

- Colher gasometria arterial final.
- Reconectar ventilação mecânica.

Interrupção do teste: caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou PA média < que 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste. Se o PaCO<sub>2</sub> final for inferior a 56 mmHg, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste. Interpretação dos resultados.

Interpretação dos resultados:

-Teste positivo (presença de apneia) - PaCO<sub>2</sub> final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos.

-Teste inconclusivo - PaCO<sub>2</sub> final menor que 56 mmHg, sem movimentos respiratórios.

-Teste negativo (ausência de apneia) - presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO<sub>2</sub>. Atentar para o fato de que em pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.

Formas alternativas de realização do teste da apneia:

Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO<sub>2</sub>, sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que não toleraram a desconexão do ventilador:

1- Conectar ao tubo orotraqueal uma peça em T acoplada a uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP – continuous positive airway pressure) com 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio a 12L/minuto.

2- Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H<sub>2</sub>O e fluxo de oxigênio entre 10 – 12 L/minuto. O teste de apneia não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP, o que resulta em hipoxemia.

Etapa 4: Exames complementares:

O diagnóstico de ME é fundamentado na ausência de função do tronco encefálico confirmado pela falta de seus reflexos ao exame clínico e de movimentos respiratórios ao teste de apneia. É obrigatória a realização de exames complementares para demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica encefálica e obtenção de confirmação documental dessa situação.

A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário. Os principais exames a ser executados em nosso meio são os seguintes:

- Angiografia cerebral: após cumpridos os critérios clínicos de ME, a angiografia cerebral deverá demonstrar ausência de fluxo intracraniano. Na angiografia com estudo das artérias carótidas internas e vertebrais, essa ausência de fluxo é definida por ausência de opacificação das artérias carótidas internas, no mínimo, acima da artéria oftálmica e da artéria basilar, conforme as normas técnicas do Colégio Brasileiro de Radiologia.
- Eletroencefalograma: constatar a presença de inatividade elétrica ou silêncio elétrico cerebral (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a 2 µV) conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.
- Doppler Transcraniano: constatar a ausência de fluxo sanguíneo intracraniano pela presença de fluxo diastólico reverberante e pequenos picos sistólicos na fase inicial da sístole, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia.



- Cintilografia, SPECT Cerebral: ausência de perfusão ou metabolismo encefálico, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear. A metodologia a ser utilizada na realização do exame deverá ser específica para determinação de ME e o laudo deverá ser elaborado por escrito e assinado por profissional com comprovada experiência e capacitado no exame nessa situação clínica.

Etapa 5: Conclusão para determinação da ME

- Termo de Declaração da Morte Encefálica (TDME).
- Declaração de Óbito.
- A data e a hora da morte será aquela correspondente ao último exame ou procedimento.
- Registro em prontuário eletrônico.

### **5.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS**

#### **PROCEDIMENTO: Assistência ao Pré Natal de Alto Risco**

352

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

#### **RESULTADOS ESPERADOS**

Atender e acompanhar as gestantes fazendo a classificação de risco da gestação e proporcionando o desenvolvimento de uma gestação saudável.

#### **MATERIAL NECESSÁRIO**

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Algumas ações devem nortear a conduta do profissional da atenção básica:

Acolher a usuária no Ambulatório;

- Realizar o teste rápido de gravidez;
- Cadastrar todas as gestantes no SISPRENATAL, com garantia de recursos da Rede Cegonha até a 12ª semana de gestação;
- Disponibilizar o cartão da gestante e preenchê-lo adequadamente em todas as consultas, garantindo a qualidade da informação;
- Realizar classificação do risco gestacional a cada consulta, garantindo encaminhamento ao pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com o serviço de referência;
- Realizar a 1ª consulta, preferencialmente, até 120 dias de gestação;
- Solicitar os exames de rotina de acordo com a rotina, garantindo o resultado em tempo oportuno e tratamento, se necessário;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis de acordo com as diretrizes do programa DST/Aids, de forma segura, garantindo o sigilo;
- Garantir o tratamento de HIV e Sífilis em unidade referenciada;
- Sensibilizar o pai para participação do acompanhamento de pré-natal, parto e nascimento (Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 – direito à presença do acompanhante);
- Realizar ações educativas direcionadas às gestantes e familiares, incluindo visitas à unidade de referência para o parto (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 - direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS);
- Ofertar as vacinas preconizadas pelo PNI para as gestantes (dT, Hepatite B e Influenza, nos períodos de campanha);
- Garantir o agendamento e a realização de consultas subsequentes, de pré-natal, intercalando o atendimento entre médico e enfermeiro;
- Encaminhar para unidade de referência para consulta odontológica para todas as gestantes;
- Garantir o agendamento e a realização de consultas especializadas para as gestantes, quando necessário;
- Proceder ao acolhimento das intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco (conforme AIDPI neonatal) e vulnerabilidade;
- Realizar acompanhamento integrado às gestantes usuárias de álcool e outras drogas e em sofrimento psíquico.

## **CUIDADOS**

É indispensável que a avaliação de risco seja permanente, acontecendo em toda consulta. Devem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco, os casos de:

Fatores Relacionados às Condições Prévias: Cardiopatias; Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantadas); Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); Doenças neurológicas (como epilepsia); Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); Alterações genéticas maternas; Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Hanseníase; Tuberculose; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores Relacionados à História Reprodutiva Anterior: morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida. História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI); Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade.

Fatores Relacionados à Gravidez Atual: restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligodrâmnio; Gemelaridade; Malformações fetais ou arritmia fetal; Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso como medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica. Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser, inicialmente, encaminhada ao hospital de referência, para avaliação); Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; Evidência laboratorial de proteinúria; Diabetes mellitus gestacional; Desnutrição materna severa; Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BIRADS III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Adolescentes com fatores de risco psicossocial. Fonte: (BRASIL, 2012).

## **PRIMEIRA CONSULTA**

- Cadastro da gestante no SISPRENATAL Web;
- Preenchimento do prontuário e do Cartão da Gestante;
- Anamnese;
- Exame Físico;
- Solicitação de exames complementares e realização de teste rápido de HIV/Sífilis;
- Orientações gerais;
- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;

- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre

#### Controles Maternos:

- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre.

#### Controle fetal:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Registro de movimentos fetais;

#### Condutas:

- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, conforme indicação;
- Orientação alimentar;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos, ressaltando a importância do preparo das mamas para o aleitamento materno;
- Agendamento das consultas subsequentes.

### **CONSULTAS SUBSEQUENTES**

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Avaliação dos exames solicitados nas consultas anteriores;
- Acompanhamento do esquema vacinal;
- Supervisão dos tratamentos estabelecidos.

#### Interpretação dos Exames Laboratoriais e Condutas

- Tipagem Sanguínea
- Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido: solicitar teste de Coombs indireto. Se negativo, repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana. Se positivo, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco. Teste rápido para Sífilis
- Se TR positivo, colete amostra sanguínea para a realização do VDRL e teste parceiros sexuais. Se TR negativo realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. Sorologia para Sífilis (VDRL)
- VDRL negativo: Anotar no cartão, informar a gestante, orientar para o uso de preservativo. Repetir o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, devido aos riscos de infecção/reinfecção.
- VDRL positivo: Solicitar o exame do parceiro e o teste confirmatório (FTA-ABS ou MHATP). Se o teste for "não reagente" descartar a hipótese de sífilis, considerando reação cruzada pela gravidez e outras doenças. Se o teste for "reagente" confirma o diagnóstico de sífilis, devendo ser instituído o tratamento e acompanhamento.
- Na impossibilidade de realizar teste confirmatório, se a história passada de tratamento não puder ser resgatada deve-se considerar resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em atividade, e iniciar o tratamento na mulher e seu (s) parceiro(s) sexual (ais). Urina Tipo I e Urocultura
- Proteínas: Se apresentar "traços": repetir o exame em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto-risco. Assim como, se apresentar "traços" com hipertensão e/ou edema ou ainda, se apresentar

proteinúria “maciça”: referir ao pré-natal de alto risco.

- Bacteriúria/leucocitúria/piúria ou cultura positiva (maior 105 col/ml): avaliar e tratar a gestante para ITU empiricamente, até resultado do antibiograma.
- Solicitar Exame de Urina tipo I após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste de medicação com resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.
- Hematúria: se for piúria associada, considerar ITU e proceder da mesma forma como foi apresentado acima. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
- Cilindrúria: referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Outros elementos: não necessita de cuidados especiais. Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito
- Hemoglobina maior igual à 11g/dl: Ausência de anemia, mantendo suplementação de 40mg/dia de ferro elementar e 5mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana. Recomenda-se a ingestão, uma hora antes das refeições.
- Hemoglobina 8g/dl: Anemia leve a moderada. Solicitar parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar/dia); três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das refeições. Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (60mg ao dia). Repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Hemoglobina Sorologia para Hepatite B (HBsAg)
- Se o HBsAg for positivo, realize aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatite. Se HBsAg negativo, realize aconselhamento pós-teste e vacinação da gestante, caso não tenha sido vacinada. Repetir a sorologia no 3º trimestre. Sorologia para Toxoplasmose
- É feita a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positivo, é considerada doença ativa e o tratamento deverá ser instituído e encaminhado para serviço de referência (Centro de Saúde Anita Garibaldi). Vacinação na gestação.

#### Condutas:

- As vacinas indicadas na gestação são a dupla tipo adulto (dT contra a difteria e tétano), Hepatite B e Influenza (períodos de campanha), para todas as mulheres que não tem vacinação prévia ou tem esquema vacinal incompleto. Esquemas da Vacinação dT
- Sem nenhuma dose: Iniciar o esquema, independente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
- Menos de três doses: Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
- Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos: não é necessário vacinar;
- Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos: uma dose de reforço. Esquema da vacinação contra Hepatite B
- Sem nenhuma dose: iniciar o esquema após o primeiro trimestre de gestação, sendo de três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.

- Esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
- Esquema completo: não se deve vacinar. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso. Vacinação contra Influenza
- Gestantes em qualquer período gestacional: dose única, durante a Campanha anual contra a influenza.
- Em caso de necessidade de outras vacinas, deve-se verificar o Manual do Programa Nacional de Humanização (PNI). NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA Nos casos de HIV e Sífilis, em gestante, toxoplasmose adquirida na gestação e outras doenças de notificação compulsória presentes neste período, devem ser notificadas de acordo com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

#### Tratamento da Anemia:

- Iniciar tratamento na 20ª semana de gestação
- 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg) = 40mg de ferro elementar hb entre 8-11g/dl anemia leve-moderada hb < 8g/dl anemia grave
- Solicitar parasitológico de fezes
- Tratar anemia com 120-200mg de ferro elementar/dia
- 5 drágeas de sulfato ferroso de 40mg via oral
- Repetir dosagem de hb entre 30-60 dias se atingir hb=11g/dl
- Fazer dose suplementação com 1 drágea 40mg de ferro elementar
- Repetir dosagem no 3o semestre se hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, referir ao pré-natal de alto risco referir gestante ao pré-natal de alto risco.

#### Prevenção de Pré Eclâmpsia/Eclamplasia

A prevenção primária efetiva para o desenvolvimento da pré eclâmpsia/eclâmpsia não representa uma realidade. Ainda assim, a OMS, priorizando a estratégia de evidências científicas com força de recomendação, apresenta a viabilidade das intervenções listadas abaixo:

Em áreas onde a ingestão dietética de cálcio é baixa, a suplementação de cálcio durante a gravidez, na dose de 1,5-2,0 g/dia, é recomendada para a prevenção da pré-eclâmpsia em todas as mulheres, especialmente, naquelas de alto risco para desenvolvimento da doença.

Baixas doses do ácido acetilsalicílico (aspirina-75mg) são recomendadas para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres de alto risco para o desenvolvimento dessa condição clínica.

O sulfato de magnésio é recomendado para a prevenção da eclâmpsia, em mulheres com pré eclâmpsia grave, em preferência aos outros anticonvulsivantes.

A orientação para que o consumo excessivo de sal na dieta seja evitado deve constar como recomendação geral para uma prática dietética saudável. Entretanto, a restrição dietética de sal, na gravidez, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações não é recomendado.

A suplementação dietética das vitaminas C, D e E, durante a gravidez, não é recomendada para prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações.

O uso de diuréticos, particularmente os tiazídicos, não é recomendado como estratégia para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.

#### Manejo Ambulatorial

Recomenda-se o manejo clínico ambulatorial para as formas de pré eclâmpsia leve e hipertensão arterial crônica com pré eclâmpsia leve superajuntada. Os serviços de saúde devem viabilizar o agendamento mais frequente para essas gestantes, recomendando-se o acompanhamento quinzenal ou mais frequente, se necessário. A orientação para o repouso das atividades profissionais e afazeres domésticos deve ser individualizada, respeitando-se a autonomia da gestante, uma vez que, tal medida, não representa uma estratégia com evidência científica de eficácia para a prevenção primária da pré- eclâmpsia e suas complicações.

A abordagem ambulatorial deve contemplar a multidisciplinaridade, destacando-se a propedêutica da vitalidade fetal (o mais frequente possível), a orientação nutricional (dieta hiperproteica, normossódica, sem restrição hídrica) e o apoio psicossocial (atuação sobre os fatores de risco associados). A propedêutica complementar, nesses casos, deve priorizar a investigação de lesão em órgãos-alvo.

O controle dos níveis pressóricos com drogas anti-hipertensivas deve ser realizado com as medicações disponíveis conforme a realidade local e, sobretudo, de acordo com a experiência e segurança do prescritor.

O seguimento ambulatorial permanece indicado, enquanto mantidos os níveis tensionais estáveis (TAD < 90 mm/ Hg), os exames laboratoriais sem sinais de alerta (Quadro 1) e ausentes os sinais de comprometimento da vitalidade fetal. A ausência dessas condições pressupõe a evolução para a forma grave da doença, quando está indicado o tratamento hospitalar.

**PROCEDIMENTO:** 1ª Consulta Ambulatorial

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Atender o paciente verificando hipótese diagnóstica e procedendo a investigação pertinente.

358

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico;
- Realizar o exame físico do paciente;
- Estabelecer a suspeita diagnóstica;
- Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnóstica;
- Programar consulta subsequente, se for o caso;
- Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta.

**CUIDADOS**

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Registrar os exames solicitados no prontuário;
- Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentes realizados;
- Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.

**PROCEDIMENTO:** Consulta Subsequente em Ambulatório

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente;
- Encaminhar se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico;
- Programar o retorno para acompanhamento.

**CUIDADOS**

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente;
- Prescrever sempre que possível os medicamentos genéricos.

**PROCEDIMENTO:** Admissão Médica

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Admitir o paciente na Unidade do hospital de acordo com a patologia apresentada.

360

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança, oftalmoscópio

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Apresentar-se ao paciente e familiares.
2. Atender o paciente na sala de admissão.
3. Fazer anamnese e exame físico no paciente.
4. Preencher a ficha do histórico clínico e avaliação inicial com os dados do exame físico e anamnese e AIH.
5. Descrever as suspeitas de diagnóstico do paciente e solicitar os exames em formulário próprio em duas vias.
6. Realizar prescrição médica do paciente em impresso próprio em duas vias.
7. Informar à equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
8. Informar ao paciente e familiar sobre o diagnóstico e terapêutica realizadas.
9. Informar a Enfermeira responsável em que Unidade do Hospital o paciente deverá ser internado.

**CUIDADOS**

- Certificar-se da vaga na respectiva enfermaria com a Enfermeira responsável;
- Registrar os dados de forma legível;
- Exames de urgência deverão ser informados à equipe de enfermagem para solicitar ao respectivo serviço (laboratórios, radiologia, etc.);
- Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, exames, etc.) deverá assinar o termo de consentimento e ser orientado devidamente.

**PROCEDIMENTO:** Prescrição Médica e Evolução

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Registrar no prontuário prescrição e evolução médicas diárias de forma legível e sistemática.

361

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balança e materiais médicos afins
- Padronização de Medicamentos do Hospital

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
2. Analisar gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem.
3. Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente, registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente.
4. Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso.
5. Solicitar exames, quando necessário.
6. Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizando à enfermagem até as 10:00 horas, diariamente.

**CUIDADOS**

- Assinar e carimbar a prescrição médica.
- Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos do Hospital, antes de prescrevê-lo.
- Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico



**PROCEDIMENTO:** Solicitação de Inter-Consulta

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Obter consulta com especialista.

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, receituário.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos.
2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe.
3. Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.
4. Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

**CUIDADOS**

- Checar a existência da especialidade médica do Hospital.
- Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.
- Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.

**PROCEDIMENTO:** Transferência de Paciente

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Transferir o paciente para outra unidade hospitalar

363

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, relatório de transferência.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Certificar-se da vaga no local de destino.
2. De posse da vaga, informar o paciente e/ou familiares sobre sua transferência.
3. Registrar no prontuário indicação de transferência.
4. Preencher relatório de transferência constando resumo da história e exame na admissão, curso de internamento e registro de todos os exames realizados.
5. Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
6. Avisar ao Serviço Social a necessidade da transferência e as providências tomadas.

**CUIDADOS**

- Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos.
- Registrar no prontuário e relatório de transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade hospitalar

**PROCEDIMENTO:** Alta Médica

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Proceder à alta hospitalar, orientando o paciente quanto aos cuidados pertinentes.

364

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, relatório de alta, receita médica

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Comunicar o paciente da sua alta.
2. Registrar medicação de alta no prontuário.
3. Colocar na prescrição do dia, o aviso de alta do paciente.
4. Fazer o relatório de alta, em 2 (duas) vias, devendo uma delas ficar no prontuário médico do paciente e a outra ser entregue ao paciente.
5. Orientar o paciente e/ou familiares quanto à sua medicação, dieta e cuidados gerais, fornecendo receituário, se necessário.
6. Orientar quanto ao seu retorno no ambulatório, caso haja necessidade.
7. Avisar ao Serviço Social e a Enfermagem, a indicação de alta hospitalar.

**CUIDADOS**

Certificar-se do entendimento do paciente em relação as orientações dadas.

**PROCEDIMENTO:** Conduta no Óbito

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS**

Atestar o óbito do paciente e tomar as providências cabíveis à situação.

365

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, atestado de óbito

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Constatar o óbito do paciente;
2. Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
3. Preencher o atestado de óbito, no caso de morte natural.
4. Entregar o atestado de óbito à enfermagem.
5. Informar a família e/ou responsável juntamente com o Serviço Social sobre o óbito do paciente.

**CUIDADOS**

Em caso de suspeita diagnóstica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 24 horas de internamento, não poderá ser fornecido atestado de óbito pelo hospital, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença no hospital. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado.

## **PROCEDIMENTO: Critérios para alta ambulatorial**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica e de Enfermagem

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Liberar o paciente de assistência ambulatorial e orientar sobre cuidados em domicílio garantindo também a continuidade do cuidado em outros equipamentos da RAS.

366

### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, atestado de óbito

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

#### **Geral**

- Orientar o paciente e acompanhante, fortalecendo o plano de cuidado a ser realizado em casa;
- Realizar conexão com a rede SUS, em especial a Atenção Básica;
- Introduzir meios para a desospitalização, com foco em alternativas que visem cuidados domiciliares e ajustados com a Rede de Atenção Básica à Saúde.
- As altas dos pacientes ambulatoriais deverão levar em conta:
  - Diagnóstico e necessidades do paciente;
  - Serviços médicos disponíveis na Instituição.

#### **Enfermagem**

Os pacientes em acompanhamento de curativos na unidade ambulatorial que estiverem em condições de alta deverão ser orientados, por meio da prescrição de Enfermagem, quanto às coberturas necessárias para a realização dos curativos.

#### **Médico**

- Registro de alta: Ao finalizar o atendimento, o Médico deverá dar alta no PEP.
- Documentos: Se necessário, o Médico é responsável por entregar os documentos de referência e contrarreferência, APAC, atestado médico, receituário simples/ especial etc

**PROCEDIMENTO:** Atenção ao Puerpério

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

**RESULTADOS ESPERADOS:**

Evitar sequelas e, até mesmo, a morte materna e reduzir a mortalidade infantil.

**MATERIAL NECESSÁRIO**

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

É importante salientar que, assim como o pré-natal, o puerpério é um período que requer atenção especial da Equipe de Saúde. **No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da Primeira Semana de Saúde Integral com vistas à redução da mortalidade infantil.** Durante esta semana, o profissional deverá avaliar o estado de saúde do binômio mãe/filho:

- orientar e apoiar a família quanto à amamentação;
- orientar os cuidados básicos com o recém-nascido como, a triagem neonatal, triagem auditiva, checagem da vacinação BCG e Hepatite B;
- avaliar a interação da mãe com o RN;
- identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.

Além disso, adotar os seguintes procedimentos:

- Avaliar a necessidade de drogas hipotensoras nas primeiras 72 horas após o parto;
- Atentar para o maior risco de hemorragia puerperal tardia;
- Atentar para os eventuais picos hipertensivos, cessado o efeito anestésico;
- Orientar sobre a necessidade de seguimento clínico na hipótese de a hipertensão persistir após um mês do parto;
- Prescrever reposição com sulfato ferroso (600mg/dia), dois comprimidos de 300mg ao dia, por até 4 meses;
- Orientar sobre a importância da anticoncepção efetiva a fim de se obter o adequado intervalo interpartal;
- Atentar para a possibilidade de sequelas em longo prazo, sobretudo, neurológicas.

**CUIDADOS**

Para as formas graves da Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia deve-se encorajar o retorno para a atenção puerperal, preferencialmente, no serviço onde se resolveu a gestação, respeitando-se a autonomia da vontade e a conveniência de deslocamento da paciente.



## **PROCEDIMENTO: Escalas de Trabalho das Equipes Médicas**

**RESPONSÁVEL:** Coordenador e Equipe Médica

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Organizar os turnos de trabalho da Equipe Médica de forma a garantir continuidade na assistência aos pacientes.

368

### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

Escala médica é a distribuição de horas de trabalho dos profissionais em um serviço de saúde, distribuindo-os por turnos, setores e especialidades. Cabe à Diretoria Técnica/Coordenação Médica planejar e programar as escalas médicas de acordo com as especificidades de cada Serviço, observando a legislação vigente.

#### Serviço de Urgência/Emergência:

- Os plantões serão organizados em turnos de 12hs, diurnos e noturnos para as especialidades previstas;
- O serviço disponibilizará 01 médico diarista, com turno de 4hs diárias, para acompanhamento de pacientes em leitos de observação;
- O serviço deverá solicitar interconsultoria, sempre que necessário, à equipe médica ambulatorial especializada e/ou equipe de sobreaviso;
- As equipes dos diversos turnos só deverão se ausentar do plantão mediante presença de seu substituto e devida passagem das ocorrências e pendências.

#### Serviço de Ambulatório Especializado Eletivo:

- Os turnos de trabalho serão organizadas em jornadas de 4hs, distribuídas nos diversos horários de funcionamento do serviço e nos dias úteis do ano;
- O serviço deverá solicitar interconsultoria, sempre que necessário, à equipe médica especializada emergência e/ou equipe de sobreaviso.

#### Serviços de Internação:

##### Nas enfermarias:

- Os turnos de trabalho dos médicos diaristas serão organizados em turnos de 4hs matutinas e em todos os dias do ano;
- O serviço disponibilizará 01 médico plantonista, em turnos de 12hs diurnas e noturnas, para atendimento a eventuais intercorrências dos pacientes;
- Os plantonistas de intercorrências só deverão se ausentar do plantão mediante presença de seu substituto e devida passagem das ocorrências e pendências do plantão;
- O serviço deverá solicitar interconsultoria, sempre que necessário, à equipe médica ambulatorial especializada e/ou equipe de sobreaviso.

##### Nas UTI's:

- Os plantões serão organizados em turnos de 12hs, diurnos e noturnos para os intensivistas;
- O serviço disponibilizará 01 intensivista diarista, com turno de 4hs diárias, para acompanhamento contínuo de pacientes;
- O serviço deverá solicitar interconsultoria, sempre que necessário, à equipe médica ambulatorial especializada e/ou equipe de sobreaviso;
- Os plantonistas só deverão se ausentar do plantão mediante presença de seu substituto e devida passagem das ocorrências e pendências do plantão.

### **CUIDADOS**

- O Diretor Técnico/Coordenador do Serviço deverá adotar medidas para solucionar a ausência de plantonistas;
- O Diretor Técnico/Coordenador deverá avaliar as características e novas necessidades assistenciais e providenciar ajustes na rotina das escalas de serviço.

#### **5.3.4. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA**

**PROCEDIMENTO: Admissão do Paciente no Serviço de Hospital Dia**

**RESPONSÁVEL:** Equipe Médica e de Enfermagem

369

#### **RESULTADOS ESPERADOS**

Objetiva assegurar a admissão do paciente proveniente do Centro Cirúrgico, em pós-operatório imediato.

#### **MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário médico, atestado de óbito

#### **PRINCIPAIS ATIVIDADES**

- Registrar no PEP e livro de ordens e ocorrências o horário de chegada do paciente ao setor de origem.
- Observar as condições gerais do paciente.
- Checar pulseira de identificação, conferindo nome completo, data de nascimento e nome da mãe.
- Administrar medicação, nos casos de prescrição médica pós-operatória, e checar no PEP.
- Retirar o acesso venoso dos pacientes em pós-operatório, quando necessário.
- Confirmar dieta no PEP e oferecer lanche aos pacientes com dieta liberada.
- Orientar o paciente e acompanhante a trocar a roupa.
- Registrar no PEP e livro de ordens e ocorrências o horário de saída de alta do paciente do Hospital.
- Chamar o condutor para levar paciente e acompanhante até a saída.
- Entregar ao paciente a receita médica e as orientações de retorno com data do retorno para revisão.

**PROCEDIMENTO: Preparo Pré-operatório do Paciente no Hospital Dia**

**RESPONSÁVEL:** Equipe de Enfermagem

**RESULTADOS ESPERADOS**

Garantir a segurança de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, visando à redução de eventos adversos.

370

**MATERIAL NECESSÁRIO**

Prontuário medico.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES**

1. Preparar o paciente para o ato cirúrgico.
2. Providenciar material:
  - a. Prontuário e exames;
  - b. Pijama cirúrgico;
  - c. Gorro;
  - d. Pro pé;
  - e. Lençol.
3. Verificar jejum.
4. Administrar e checar medicação prescrita.
5. Confirmar pulseira de identificação.
6. Confirma procedimento e horário.
7. Em caso de alteração nos sinais vitais, quebra do jejum ou falta de exames comunicar ao Centro Cirúrgico.
8. Diminuir o risco de suspensão da cirurgia.
9. Chamar condutor para encaminhar criança até o Centro Cirúrgico.
10. Conferir assinatura dos termos de autorização.
11. Relatar tudo no PEP.
12. Relatar eventos adversos ao NQSP.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Páginas
		Revisão	
<b>Procedimento: Rotina do Enfermeiro do Ambulatório de Urgência/Emergência e Eletivo</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório		371
<b>Quando</b>	Segunda a Sexta das 07 às 19h		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Visualizar o livro de ocorrências de Enfermeiros e Tec. De Enfermagem;            Realizar a distribuição diária das Tec. de Enfermagem e dos médicos por sala de atendimento;            Verificar se os consultórios médicos estão organizados para início dos atendimentos;            Realizar o provimento de matérias, fazer a solicitação, encaminhar para almoxarifado e farmácia;            Garantir que a estrutura física e os equipamentos do Ambulatório estejam em pleno funcionamento, conforme a necessidade do setor e quando necessário, solicitar o serviço de manutenção;            Receber as solicitações de interconsultas dos pacientes internados e entregar ao médico especialista no ambulatório diariamente para que ele faça a avaliação no leito do paciente;            Receber e anexar aos prontuários os exames laboratoriais e ECG realizados;            Admitir o paciente junto com o médico, fazer histórico de Enfermagem de admissão e junto com o Tec. de Enfermagem puncionar acesso venoso, administrar medicações, fazer curativo, trocar dispositivos quando necessário.            Supervisionar e colaborar com os Tec. de Enfermagem nos atendimentos ao paciente e organização das salas;            Realizar o registro no livro de ocorrências no final do dia. Deve ser informado: funcionários presentes ou faltosos, intercorrências, observações pertinentes e pendências a serem solucionadas no dia seguinte;            Trancar todas as salas e deixar a chave na portaria.</p>		
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:		

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Páginas</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Consulta de Enfermagem</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Ambulatório		372
<b>Quando</b>	Segunda a Sexta das 07 às 19h		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepcionar e acolher o paciente;</li> <li>- Aferir sinais vitais;</li> <li>- Entrevistar o paciente através de escuta qualificada para identificação das suas necessidades assistenciais;</li> <li>- Realizar Anamnese e Exame físico, identificando características físicas e necessidades de saúde do paciente;</li> <li>- Fazer o Diagnóstico de Enfermagem após análise dos dados coletados na anamneses e exame físico;</li> <li>- Elaborar o Plano de Cuidados a serem dispensados ao paciente, definindo as ações e procedimentos a serem realizados;</li> <li>- Registrar todas as etapas do atendimento no PEP;</li> <li>- Providenciar encaminhamentos a Equipes Médica/Multiprofissional, se necessário.</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Páginas</b>	<b>1</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Rotina do Técnico de Enfermagem do Ambulatório de Urgência/Emergência e Eletivo</b>					
<b>Quem</b>	Tec. De Enfermagem				
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório				
<b>Quando</b>	Segunda a Sexta das 07 às 19h				
<b>Condições Necessárias</b>					
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Seguir a distribuição diária dos Tec. de Enfermagem por salas de atendimento;</p> <p>Receber dos funcionários da marcação os prontuários e cartões dos pacientes já separados por especialidades e por ordem de chegada;</p> <p>O Tec. de Enfermagem responsável pelo acolhimento deve receber todos os pacientes, verificar PA de todos a serem atendidos e registrá-la em prontuário antes da consulta médica (Quando PA alterada, sinalizar o médico ou enfermeira), sanar dúvidas dos pacientes relacionadas ao atendimento ambulatorial;</p> <p>Os Tec. de Enfermagem que estiverem auxiliando os médicos nos consultórios devem organizar as salas antes do atendimento (verificar se estão limpas, com material para curativos e impressos em quantidade suficiente, pasta de CID disponível, etc.);</p> <p>Durante as consultas deve auxiliar o médico nos procedimentos, realizar curativos, retirar pontos, registrar todos os procedimentos realizados, verificar se o médico preencheu devidamente as solicitações de internamento e de cirurgia, orientar o paciente de acordo com o encaminhamento do médico, se remarcação de consulta direcioná-lo para a recepção ou para o Internamento, se programada cirurgia direcioná-lo para sala do Enfermeiro;</p> <p>Após as consultas deixar salas limpas e organizadas. Acionar o funcionário da higienização;</p> <p>Recolher todos os prontuários e devolvê-los ao setor de Marcação de consultas que irá encaminhá-los para o SAME. Em cada prontuário deve constar: Evolução médica, anotações de Enfermagem e formulário de produção ambulatorial;</p> <p>Realizar o provimento de matérias para o dia seguinte e informar material necessário para reposição para enfermeira solicitar;</p> <p>No final do dia, encaminhar os KITs de curativo usados para o CME.</p> <p>À partir das 18h, formar KIT's de impressos para o dia seguinte e organizar salas.</p>				
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:				

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Páginas</b>
			<b>Revisão</b>	
<b>Procedimento: Montagem de sala de cirurgias ambulatoriais</b>				
<b>Quem</b>	- Técnico de Enfermagem - Enfermeiro			
<b>Onde</b>	- Ambulatório			
<b>Quando</b>	- Antes da admissão do paciente			
<b>Condições Necessárias</b>	- Insumos de farmácia e de CME - Recursos materiais de centro cirúrgico - Impressos			
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Lavar as mãos; - Certificar-se do material e equipamentos solicitados; - Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos; - Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, etc; - Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização; - Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada; - Prover impressos utilizados em sala cirúrgica; - Dispor os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedel, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.;			
<b>Resultado Esperado</b>	- Montagem adequada da sala cirúrgica			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

374



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Circulação de sala de cirurgia ambulatorial</b>			
<b>Quem</b>	- Técnico de Enfermagem - Enfermeiro		
<b>Onde</b>	- Ambulatório <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">375</span>		
<b>Quando</b>	- Durante a cirurgia		
<b>Condições Necessárias</b>	- Insumos de farmácia e de CME, recursos materiais de CC e Impressos		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos e receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação;</li> <li>- Registrar a chegada e as condições clínica do paciente;</li> <li>- Conferir exames dos pacientes e transferir paciente para mesa cirúrgica;</li> <li>- Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA;</li> <li>- Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado;</li> <li>- Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente;</li> <li>- Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança; Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica;</li> <li>- Auxiliar na paramentação da equipe;</li> <li>- Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente;</li> <li>- Conectar a extremidade da borracha estéril da extensão do aspirador ao vácuo e ligá-lo;</li> <li>- Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado;</li> <li>- Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;</li> <li>- Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento;</li> <li>- O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI´s) quando necessário;</li> <li>- O circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários;</li> <li>- Evitar abertura desnecessária da porta da S.O., mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Circulação de sala adequada e segura		
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:		


		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Acondicionamento e envio de material de anatomia patológica</b>				
<b>Quem</b>	- Enfermeiro e Técnico de enfermagem			
<b>Onde</b>	- Ambulatório			
<b>Quando</b>	- Após a coleta do material pelo cirurgião			
<b>Condições Necessárias</b>	- Luva de procedimento não estéril, formol à 10%, coletor universal (fornecido pelo laboratório), saco plástico (se peça maior)			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar material necessário e calçar as luvas;</li> <li>- Identificar o frasco com nome, registro do paciente, sítio de coleta do material (se houver mais de um sítio referir o local exato em cada frasco), data;</li> <li>- Acondicionar a peça em um frasco adequado a seu tamanho (a quantidade de formol deve ser suficiente para cobrir a peça), peças cirúrgicas maiores podem ser colocadas em sacos plásticos, de preferência duplicando a embalagem para evitar vazamento. Nunca acondicionar o material em SF 0.9%;</li> <li>- Checar se a requisição foi assinada pelo médico, a mesma deve constar nome completo do paciente, registro, motivo e localização de onde foi retirado material;</li> <li>- Registrar em protocolo específico de encaminhamento das peças de anatomia patológica o local de onde foi retirada a peça, bem como a intenção de envio;</li> <li>- A amostra deverá ser entregue junto ao impresso próprio (em duas vias) onde conste nome da Unidade, paciente(s), local de onde a peça foi retirada e data da coleta.</li> <li>- Encaminhar ao laboratório a peça devidamente identificada e acondicionada a fim de contribuir com tratamento do paciente.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Encaminhar ao laboratório a peça devidamente identificada e acondicionada a fim de contribuir com tratamento do paciente.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a Enfermeira e ao cirurgião responsável.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	


		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>		<b>Data</b>
<b>Procedimento: Solicitação de Material Estéril ao CME</b>					
<b>Quem</b>	- Enfermeiro - Técnico de Enfermagem				377
<b>Onde</b>	- Emergência/Ambulatório - CME				
<b>Quando</b>	- Sempre que necessário				
<b>Condições Necessárias</b>	- Mapa Cirúrgico				
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias; - Verificar o estoque de material no arsenal; - Solicitar os materiais ao CME - Receber o material e conferir o pedido; - Armazenar o material de forma adequada.				
<b>Resultado Esperado</b>	- Material adequado aos procedimentos a serem realizados				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		


		<b>POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Númer o</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisã o</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: ARRUMAÇÃO DO PRONTUÁRIO FÍSICO DO PACIENTE</b>				
<b>Quem</b>	Equipe Multiprofissional			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Checklist e Prontuário.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Colocar as folhas no prontuário de cada paciente obedecendo a seguinte ordem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capa (com identificação do paciente: nome, reg. e leito);</li> <li>- Contracapa (ficha da internação domiciliar) anexada à capa do prontuário;</li> <li>- Comunicado de OPME (da empresa que ofereceu o material de ortopedia);</li> <li>- Ficha Social (registro de serviço social);</li> <li>- Laudo da solicitação de AIH;</li> <li>- Relatório de Operação, Registro Transoperatório e Ficha de anestesia (evolução durante o ato cirúrgico);</li> <li>- Exames e Raio x.</li> <li>- Evoluções Médicas, Prescrições Médicas e Relatório de alta;</li> <li>- Evoluções de Enfermagem.</li> </ul> <p>Retirar no final da semana as folhas, já utilizadas totalmente, colocando na pasta de excesso identificado para cada paciente;          Manter todos os impressos organizados, seguindo a ordem de arrumação;          No momento da alta arrumar todas as folhas do prontuário e os excessos na ordem;</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Organização no setor.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenadora.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

378

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresso de evolução de enfermagem e caneta,</li> <li>- Prontuário do paciente a ser evoluído.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Os dados a seguir deverão ser descritos na folha de evolução de enfermagem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Data, hora.</li> <li>2- Sujeito, idade e tempo de internação.</li> <li>3- Diagnóstico médico,</li> <li>4- Discriminação sequencial do estado geral, considerando: neurológico, respiratório e hemodinâmico, observando o uso de drogas que possam inferir nesses dados.</li> <li>5- Exame físico céfalocaudal, destacando as alterações e evoluções diárias.</li> <li>6- Dispositivo em uso como: sondas, cateteres, drenos, fixadores e etc. dando ênfase aos seus aspectos funcionais.</li> <li>7- Sono e aceitação da dieta.</li> <li>8- Eliminações intestinais e vesicais relatando suas frequências, aspectos e quantidades, assim como medicações em uso que possa induzi-las.</li> <li>9- Resultados de exames referentes ao quadro clínico do paciente.</li> <li>10- Eventuais pendências como: exames, jejum, cirurgias, avaliação com outros profissionais, transfusão de hemoderivados e etc..</li> <li>11- Assinatura e COREN do profissional.</li> </ol> <p>Obs.: Para elaborar a evolução de enfermagem o enfermeiro deve consultar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A evolução e prescrição médica e de enfermagem do dia anterior,</li> <li>- As anotações de enfermagem do dia anterior como: cuidados prestados, possíveis intercorrências, sinais vitais, balanço hídrico, procedimentos realizados e etc.,</li> <li>- Os pedidos e resultados de exames laboratoriais e complementares,</li> <li>- Realizar entrevista e exame físico completo,</li> <li>- Avaliar as condições clínicas do paciente observando sua hemodinâmica.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Evolução e intercorrências no paciente nas 24 horas.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Em caso de qualquer anormalidade com o paciente, anotar na folha de anotação de enfermagem.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS</b>				
				
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Estiver na data de troca ou quando houver sujidade.			
<b>Condições Necessárias</b>	EPI's (máscara, luva de procedimento e luva estéril); Solução fisiológica 0,9 %; Gases estéril; Micropore ou esparadrapo; Curativo especial, óleo, gel (de acordo com a necessidade).			
<b>Descrição do Procedimento</b>	Reunir todo material necessário; Lavar as mãos; Explicar o procedimento ao paciente; Calçar as luvas de procedimento para retirada do curativo anterior; Abrir a luva estéril com técnica asséptica, colocando as gazes dentro do campo estéril; Irigar o local da lesão com SF 0,9% para a remoção tecidos desvitalizados e resíduos do curativo anterior; Analisar a lesão quanto ao seu aspecto, extensão, profundidade, bordas, exudato e odor, para a escolha do material a ser utilizado de acordo com o protocolo de feridas; Ocluir a lesão com gazes e micropore ou curativo especial; Recolher todo material utilizado, retirar as luvas e lavar as mãos; Registrar o procedimento na folha de evolução de enfermagem finalizando com COREN e assinatura do profissional responsável.			
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar a limpeza do local sem ocorrer contaminações, favorecendo a cicatrização.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Registrar no prontuário.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Realização de Eletrocardiograma- ECG</b>				
				
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Prescrito pelo profissional médico.			
<b>Condições Necessárias</b>	Papel milimetrado, eletrodos, caneta, aparelho de eletrocardiograma (ECG).			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Higienizar as mãos;            Conferir a prescrição médica e pedido de exame;            Preparar o material e colocá-lo próximo à unidade do cliente;            Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e posicioná-lo em decúbito dorsal, com braços e pernas relaxados;            Ligar ao aparelho à rede de energia, prestando atenção a voltagem solicitada;            Colocar a folha de ECG e apertar tecla "papel";            Friccionar com gazes e álcool a área a ser monitorada. Se necessário, realizar tricotomia na área;            Colocar as braçadeiras nos membros:            - cabo vermelho em braço D – RA            - cabo amarelo em braço E- LA            - cabo verde em perna E- LL            - cabo preto em perna D- RL            Colocar eletrodos no tórax:            - V1 em 4º espaço intercostal na borda esternal direita;            - V2 em 4º espaço intercostal na borda esternal esquerda;            - V3 a meio caminho entre V2 e V4;            - V4 em 5º espaço intercostal na linha clavicular média E;            - V5 em 5º espaço intercostal na linha axilar anterior (meio caminho entre V4 e V6);            - V6 em 5º espaço intercostal na linha axilar média, nivelado com V4.            Apertar o botão "segue";            Identificar o ECG com nome do paciente, data, hora e setor;            Desligar o aparelho, retirar cabos e eletrodos, limpar e organizar as braçadeiras;            Deixar o paciente confortável no leito e o ambiente em ordem;            Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Registrar derivações para diagnóstico, evolução clínica e avaliação da eficácia medicamentosa.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ansiedade, alergia aos eletrodos, erros na fixação dos eletrodos.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	


		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: HIGIENE DAS MÃOS</b>				
				
<b>Quem</b>	Todos profissionais de saúde			
<b>Onde</b>	Ambulatório/Emergência			
<b>Quando</b>	Antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente.			
<b>Condições Necessárias</b>	Água, sabão líquido, papel toalha e álcool em gel.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Retirar anéis, pulseiras e relógio;            Abrir a torneira sem encostar-se a pia;            Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;            Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;            Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palma contra palma;</li> <li>- palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos;</li> <li>- palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos;</li> <li>- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;</li> <li>- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem;</li> <li>- rotação dos polegares direito e esquerdo;</li> <li>- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;</li> <li>- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;</li> <li>- enxaguar as mãos sem encostar-se a pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos;</li> <li>- enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos, no caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Evitar contaminação.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ação em caso de não conformidade.			
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: MEDICAMENTOS DO CARRO DE EMERGÊNCIA</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório		
<b>Quando</b>	Diariamente e/ou após utilização		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checklist;</li> <li>- Caneta;</li> <li>- Material necessário para reposição.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Quant.</b>	
	Adenosina 3mg/ml amp 2 ml	03	
	Ácido acetilsalicílico 100mg cpr	05	
	Amiodarona 50 mg/ml amp 3 ml	05	
	Atropina 0,25mg/ml amp 1 ml	10	
	Cloreto de sódio 20% amp 10 ml	03	
	Deslanosídeo 0,2 mg/ml amp 2 ml	02	
	Diazepam 5 mg/ml amp 2 ml	02	
	Dobutamina 12,5 mg/ml amp 20 ml	4	
	Dopamina 5 mg/ml amp 10 ml	02	
	Epinefrina 1mg/ml amp 1 ml	20	
	Etilefrina 10 mg/ml amp 1 ml	04	
	Fentanila 0,05 mg/ml amp 2 ml	02	
	Fentanila 0,05 mg/ml fa 10 ml	04	
	Flumazenil 0,1 mg/ml amp 5 ml	01	
	Furosemida 10 mg/ml amp 2 ml	05	
	Gliconato de cálcio 10% amp 10 ml	04	
	Glicose 50% amp 10 ml	08	
	Hidrocortisona 100mg fa	02	
	Hidrocortisona 500mg fa	03	
	Isossorbida 5mg cpr	02	
	Lidocaína 10% spray fr 50 ml	01	
	Metoprolol 5mg/ml amp 5 ml	02	
	Midazolam 1mg/ml amp 5 ml	02	
	Midazolam 5mg/m amp 10 ml	05	
	Morfina 1mg/ml amp 2ml	04	
	Morfina 10mg/ml amp 1 ml	02	
	Naloxona 0,4 mg/ml amp 1 ml	02	
	Nitroglicerina 5 mg/ml amp 10 ml	02	
	Nitroprusseto de sódio 25mg/ml amp 2 ml	02	
	Norepinefrina 2mg/ml amp 4 ml	08	
	Prometrazina 25mg/ml amp 2 ml	02	
Sulfato de magnésio 50% amp 10ml	05		
Suxametônio 100mg fa	02		
<b>Soluções</b>	<b>Quant.</b>		
Água destilada amp 10 ml	10		
Água destilada fa 100 ml	01		
Bicarbonato de sódio 8,4% fa 250	02		

	ml	
	Solução de manitol 20% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 100 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 500 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 250 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 500 ml	02
	Solução ringer com lactato fa 500 ml	02
<b>Resultado Esperado</b>	Que todo mês tenha conferência do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.	
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de dúvida no nome da medicação consultar a farmácia, - Em caso de medicação fora da validade, separar e trocar com a farmácia.	
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: MATERIAIS CARRO DE EMERGÊNCIA</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório		
<b>Quando</b>	Diariamente e/ou após utilização		
<b>Condições Necessárias</b>	- Checklist; - Caneta; - Material necessário para reposição.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>Material</b>	<b>Quant.</b>	
	Agulha 30x8 cm	05	
	Agulha 40x12 cm	10	
	Ambu completo	01	
	Borracha para oxigênio	01	
	Cânula de Guedel nº4	01	
	Cânula de Guedel nº 5	01	
	Cânula para traqueostomia nº 7,0	01	
	Cânula para traqueostomia nº 8,0	01	
	Catéter periférico nº 14	02	
	Catéter periférico nº 16	02	
	Catéter periférico nº 18	03	
	Catéter periférico nº 20	03	
	Eletrodo para ECG ( 3 pares)	15	
	Equipo fotosensível	01	
	Equipo macrogotas	04	
	Equipo para bomba de infusão	03	
	Filtro para respirador	01	
	Fio guia	01	
	Gaze 7,5 x 7,5 cm ( pacote)	04	
	Gel para eletrodo	01	
	Gorro	03	
	Lâmina de bisturí nº 15	01	
	Luva de procedimento tam M (pares)	10	
	Luva estéril nº7,0 (par)	02	
	Luva estéril nº 7,5 (par)	02	
	Luva estéril nº 8,0 (par)	02	
	Máscara	03	
	Máscara laríngea nº 5	01	
	Polifix	02	
Seringa 1 ml	05		
Seringa 5 ml	04		
Seringa 10 ml	05		
Seringa 20 ml	06		
Sonda para aspiração traqueal nº 10	03		
Sonda para aspiração traqueal nº 12	03		
Sonda de aspiração traqueal nº 14	03		
Sonda de aspiração traqueal nº 16	03		

	Sonda nasogástrica nº 14	02
	Sonda nasogástrica nº 16	02
	Sonda nasogástrica nº 20	02
	Torneirinha 3 vias	04
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,5	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,5	02
<b>Resultado Esperado</b>	Que todo mês tenha conferência do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.	
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de dúvida no nome do material consultar o almoxarifado, - Em caso de material fora da validade, separar e trocar com o almoxarifado.	
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS</b>				
				
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	A cada 6 horas e/ou quando necessário			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caneta azul, vermelha,</li> <li>- Impresso de controle de sinais vitais da enfermagem,</li> <li>- Termômetro,</li> <li>- Glicosímetro,</li> <li>- Estetoscópio,</li> <li>- Tensiómetro.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Lavar as mãos antes e após o procedimento, 02- Verificar FC; FR; Temperatura, PA e HGT, 03- Realizar registros no impresso próprio, 04- Higienizar todo material utilizado e guardar em local apropriado.			
<b>Resultado Esperado</b>	Verificar e registrar as principais manifestações do organismo atentando para as suas variações que podem indicar patologias, necessitando de intervenção. Os mesmos podem ser observados, medidos e monitorados.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar ao Enfermeiro e Médico plantonista as não conformidades encontradas nos controles do paciente.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: ROTINA DO ENFERMEIRO</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			388
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Diariamente.			
<b>Condições Necessárias</b>	Livro de ocorrência; Prontuário; Escala de serviço.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o plantão e ler as ocorrências e relatórios;</li> <li>- Verificar carro de urgência e testar o desfibrilador;</li> <li>- Fazer distribuição de serviço diário e remanejar os funcionários, quando necessário;</li> <li>- Atualizar mapa de pacientes para cirurgia e conferir o prontuário dos pacientes em pré- operatório;</li> <li>- Visitar pacientes fazendo exame físico, realizando planos de cuidados;</li> <li>- Orientar organização para controle das altas, comunicar ao serviço social as altas hospitalares, orientar ao paciente de alta, quanto ao relatório de alta hospitalar, receita médica e revisão no ambulatório e atualizar o censo diário;</li> <li>- Fazer ronda, supervisionando cuidado prestado e anotações; supervisionar e orientar equipe quanto a: preparos de exames, cirurgias, transferências e avaliações;</li> <li>- verificar e encaminhar pedidos de consulta, solicitação de exames e solicitações não especificadas na prescrição médica.</li> <li>- Supervisionar cuidados técnicos e anotações de técnicos de enfermagem;</li> <li>- Receber as prescrições médicas, fazer aprazamento e encaminhar a segunda via para a farmácia e os pedidos de sala para o centro cirúrgico;</li> <li>- Observar o funcionamento da higienização;</li> <li>- Relacionar intercorrências e providenciar encaminhamento;</li> <li>- Passar plantão com enfermagem e postos de enfermagem arrumados;</li> <li>- Fazer relatório e ocorrências.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Plantão sem pendências e uma ótima assistência aos pacientes.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenadora.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Controle de Materiais, Medicamentos</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Ambulatório/Emergência			
<b>Quando</b>	Diariamente e a cada turno de plantão			
<b>Condições Necessárias</b>	Medicação, folha de gastos, distribuição de serviço, livro de controle de material e material registro gráfico			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Fazer a contagem dos materiais e medicamentos; registrar o que falta, baseado na lista padrão; verificar no armário reserva, as sobras do final de semana; fazer a solicitação do material e medicação necessários, separada por postos; a enfermeira escala um funcionário para controlar material permanente; auxiliar de enfermagem escalado conta todo o material e registra em livro apropriado quantidade encontrada; enfermeira checa e assina o controle do período anterior; auxiliar de enfermagem presta conta do controle de material permanente, na passagem de plantão; fazer verificação de estado e funcionamento de aparelhos e equipamentos.</p> <p><b>CUIDADOS</b></p> <p>- A reposição de material e medicamento deve ser feita para posto, sala de curativos e sutura e cobrir as 24 horas. Caso não cubra, deverá fazer a reposição com o remanejamento entre os sub setores da própria emergência;</p> <p>- A lista padrão de materiais e medicamentos deverá permanecer anexadas em cada local; o PROCEDIMENTO deve ser registrado em uma folha de gastos, inclusive os pacientes que estão em observação; a Enfermeira deverá revisar a necessidade de material e medicação para as 24h, enquanto a farmácia e o almoxarifado estiverem abertos; qualquer empréstimo ou concerto de material permanente deverá ser registrado no livro apropriado.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Controle do material e medicamento da unidade; Disponível de material e medicamento necessário para 24h.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

389

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Distribuição de Serviço Diário</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Emergência/Ambulatório			
<b>Quando</b>	Diariamente, logo após receber o plantão em cada turno.			
<b>Condições Necessárias</b>	Impressos de distribuição de serviço, escala de serviço, caneta e censo diário			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Enfermeiro faz a distribuição de serviço, de acordo com número de funcionários por turno X número de leitos por turno;</p> <p>Enfermeiro analisa as prioridades para o remanejamento;</p> <p>Feito o remanejamento o enfermeiro encaminha a movimentação pessoal ao setor de pessoal.</p> <p>Enfermeiro deve revisar a escala do dia seguinte avaliando a necessidade do remanejamento.</p> <p>Enfermeiro deve avaliar: gravidade do paciente; tipo de patologia; sexo do paciente; tipo de cuidados;</p> <p>Fazer remanejamento de cuidado do paciente / funcionário / dia</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Cumprimento da escala.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

390

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	<b>Páginas</b>	
			Revisão		
<b>Procedimento: Rotina do Enfermeiro do Ambulatório</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				391
<b>Onde</b>	Ambulatório				
<b>Quando</b>	Segunda a Sexta das 07 às 19h				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visualizar o livro de ocorrências de Enfermeiros e Tec. De Enfermagem;</li> <li>2. Realizar a distribuição diária das Tec. de Enfermagem e dos médicos por sala de atendimento;</li> <li>3. Verificar se os consultórios médicos estão organizados para início dos atendimentos;</li> <li>4. Realizar o provimento de matérias, fazer a solicitação, encaminhar para almoxarifado e farmácia;</li> <li>5. Garantir que a estrutura física e os equipamentos do Ambulatório estejam em pleno funcionamento, conforme a necessidade do setor e quando necessário, solicitar o serviço de manutenção;</li> <li>6. Receber as solicitações de interconsultas dos pacientes internados e entregar ao médico especialista no ambulatório diariamente para que ele faça a avaliação no leito do paciente;</li> <li>7. Receber e anexar aos prontuários os exames laboratoriais e ECG realizados;</li> <li>8. Admitir o paciente junto com o médico, fazer histórico de Enfermagem de admissão e junto com o Tec. de Enfermagem puncionar acesso venoso, administrar medicações, fazer curativo, trocar dispositivos quando necessário.</li> <li>9. Supervisionar e colaborar com os Tec. de Enfermagem nos atendimentos ao paciente e organização das salas;</li> <li>10. Realizar o registro no livro de ocorrências no final do dia. Deve ser informado: funcionários presentes ou faltosos, intercorrências, observações pertinentes e pendências a serem solucionadas no dia seguinte;</li> <li>11. Trancar todas as salas e deixar a chave na portaria.</li> </ol>				
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:				

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Controle de Materiais, Medicações na Emergência			392
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Ambulatório de Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Diariamente e a cada turno de plantão		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação, folha de gastos, distribuição de serviço, livro de controle de material e material registro gráfico</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Fazer a contagem dos materiais e medicamentos; registrar o que falta, baseado na lista padrão; verificar no armário reserva, as sobras do final de semana; fazer a solicitação do material e medicação necessários, separada por postos; a enfermeira escala um funcionário para controlar material permanente; auxiliar de enfermagem escalado conta todo o material e registra em livro apropriado quantidade encontrada; enfermeira checa e assina o controle do período anterior; auxiliar de enfermagem presta conta do controle de material permanente, na passagem de plantão; fazer verificação de estado e funcionamento de aparelhos e equipamentos.</p> <p><b>CUIDADOS</b></p> <p>- A reposição de material e medicamento deve ser feita para posto, sala de curativos e sutura e cobrir as 24 horas. Caso não cubra, deverá fazer a reposição com o remanejamento entre os sub setores da própria emergência;</p> <p>- A lista padrão de materiais e medicamentos deverá permanecer anexadas em cada local; o PROCEDIMENTO deve ser registrado em uma folha de gastos, inclusive os pacientes que estão em observação; a Enfermeira deverá revisar a necessidade de material e medicação para as 24h, enquanto a farmácia e o almoxarifado estiverem abertos; qualquer empréstimo ou concerto de material permanente deverá ser registrado no livro apropriado.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle do material e medicamento da unidade;</li> <li>Disponer de material e medicamento necessário para 24h.</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Transporte do Paciente da Unidade para o Centro Cirúrgico			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prontuário, Mapa de Cirurgia, Maca de transportes, Aviso de Cirurgia. Robe, propé e touca, Torpedo de oxigênio, Exames</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentar-se ao setor devidamente uniformizado, tendo em mãos o mapa cirúrgico;</li> <li>2. Receber os avisos de cirurgia do horário;</li> <li>3. Verificar se a maca de transporte está devidamente preparada (com touca, robe, propé e torpedo de oxigênio, se necessário);</li> <li>4. Encaminhar-se para unidade com o aviso de cirurgia;</li> <li>5. Entrar em contato com a equipe de enfermagem da unidade para identificação do paciente;</li> <li>6. Entregar vestimenta, propé e gorro para o paciente trocar-se;</li> <li>7. Ajudar a passar o paciente da cama para a maca, receber o prontuário e exames;</li> <li>8. Certificar-se com a enfermagem, se o paciente retirou prótese dentária, esmalte nas unhas, jóias, roupa íntima e fez tricotomia;</li> <li>9. Conduzir com segurança até a recepção do centro cirúrgico.</li> </ol> <p><b>Observação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportar o paciente deambulando quando este não tiver usado medicação pré-anestésica e sua condição física permitir.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	Proporcionar maior conforto e segurança ao paciente.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

393

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Rotina da Emergência <span style="float: right;">394</span>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência			
<b>Quando</b>	Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Livro de relatório e de ocorrência, Distribuição de serviço e Escala de serviço, Prontuários e Medicação, outros materiais</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Receber o plantão;</li> <li>Prover a unidade com o material necessário e fazer a distribuição de serviço;</li> <li>Checar a sala de parada, providenciar reposição se necessário;</li> <li>Fornecer infraestrutura para que a rotatividade aconteça:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Cobrando reavaliação;</li> <li>Agilizando medicação, exames e internamentos;</li> <li>Providenciando transferência junto ao Serviço Social.</li> </ol> </li> <li>Supervisionar o fluxo de atendimento não permitindo:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes no corredor;</li> <li>Demora no PROCEDIMENTO;</li> <li>Funcionários aglomerados no posto de enfermagem.</li> </ol> </li> <li>Apurar gastos no final do período;</li> <li>Fazer pedido de medicação e material, de acordo com prescrição;</li> <li>Controlar psicotrópicos;</li> <li>Supervisionar a equipe de enfermagem e prestar cuidados de enfermagem;</li> <li>Fazer ocorrência, relatório e passar o plantão conforme POP específico.</li> </ol> <p><b>Observações:</b> usar o crachá de identificação e comunicar intercorrências à coordenação de enfermagem.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter o padrão de assistência.</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Punção Venosa e Venóclise			395
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scalp e Gelco, Equipo de soro macro/ micro, Esparadrapo, algodão e álcool, Seringa, Suporte para soro, Solução isotônica</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Comunicar ao paciente;</li> <li>Lavar as mãos e dispor do material a ser utilizado;</li> <li>Garrotear o membro que será puncionado a veia, (sempre acima do local onde será feito o PROCEDIMENTO);</li> <li>Localizar a veia e introduzir o scalp ou gelco, conforme técnica;</li> <li>Realizar assepsia com algodão e álcool de baixo para cima;</li> <li>Certificar-se de que foi alcançada a veia (retorno sanguíneo);</li> <li>Conectar o equipo, retirar o garrote e abrir o soro;</li> <li>Fixar o scalp ou gelco com esparadrapo;</li> <li>Controlar gotejamento da solução, de acordo com prescrição médica;</li> <li>Administrar medicação prescrita;</li> <li>Anotar o PROCEDIMENTO na folha de observação de enfermagem.</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se for criança ou paciente estiver agitado, deve-se colocar tala para imobilização;</li> <li>Detectadas anormalidades como: dor, edema, rubor e aumento da temperatura local, comunicar a enfermeira e registrar.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viabilizar acesso venoso adequado;</li> <li>Viabilizar terapêutica com medicações venosas.</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Administração de Infusão Venosa			396
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Quando prescrito		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja contendo: dispositivo intravenoso (scalp/ gelco), algodão embebido em álcool a 70% em copinho descartável, equipo para soro, esparadrapo, soro, suporte para soro, luvas de procedimento, garrote, medicamento, gaze estéril.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Conferir prescrições observando nome do paciente, medicamento, dose e quantidade, via, horário e validade; lavar as mãos com água e sabão e preparar a bandeja para a realização do procedimento; preparar a infusão medicamentosa, identificando, a mesma; identificar o paciente pelo nome explicando-lhe o <b>procedimento</b>; calçar as luvas e escolher a área de melhor visibilidade para acesso venoso (vide verso); fazer antisepsia da área de inserção do dispositivo intravenoso com álcool a 70%, no sentido de baixo para cima; escorvar o dispositivo conectando-o ao equipo de soro, fechando a pinça do mesmo e puncionar a veia observando o retorno venoso; soltar o garrote, abrindo em seguida a pinça do equipo de soro; fixar o dispositivo com esparadrapo, deixando visualizada a área próxima à inserção e datá-lo; controlar o gotejamento da infusão venosa conforme prescrição; retirar as luvas, providenciar descarte, limpeza e ordem do material e lavar as mãos; checar o <b>procedimento</b> registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir orientações da CCIH quanto aos padrões de troca;</li> <li>- Manter vigilância quanto ao gotejamento e extravazamento da solução;</li> <li>- Observar integridade e fotossensibilidade da droga e proteger a tampa dos cateteres/ equipo de soro ao desconectá-los, com gaze estéril nunca deixando-os expostos à comunicação;</li> <li>- Interromper a administração do medicamento de acordo com avaliação dos sintomas apresentados e comunicar a enfermeira também, os efeitos colaterais, reações adversas e recusa do medicamento pelo paciente.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realização da terapêutica medicamentosa com eficácia e eficiência visando o pronto restabelecimento do paciente.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Sondagem Gástrica/Enteral			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, sonda nasogástrica ou enteral, seringa de 20 ml, luvas de PROCEDIMENTO, copo com água, estetoscópio, gel anestésico, adesivo, cuba rim, gaze, algodão, esparadrapo.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Identificar o paciente e orientá-lo sobre a sondagem; reunir o material, levando-o para a mesa de cabeceira do paciente e cercar o leito com biombos; lavar as mãos e calçar as luvas; posicionar o paciente em Fowler ou sentado; retirar a sonda da embalagem segurando a mesma com auxílio da gaze e medir o circuito da sonda a ser introduzida. a) para estômago: nariz, lóbulo da orelha, xifóide (NOX); b) para duodeno: nariz, lóbulo da orelha, xifóide acrescido de mais 20 cm. Marca a distância total com uma fita adesiva; lubrificar a sonda. Tratando-se de sonda enteral é necessária a lubrificação da sonda e o mandril; introduzir a sonda nasogástrica na narina inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo até chegar ao ponto marcado, solicitando ao paciente que degluta a sonda, e respire pela boca; remova o mandril do interior da sonda, segurando a mesma ao nível da narina; aspirar a sonda observando a presença de conteúdo gástrico; injetar ar auscultando a existência de ruídos hidro aéreos no quadrante superior do abdome; fixar a sonda na face após o desengorduramento da pele com éter. Na sonda enteral, deixe uma alça em forma de "U"(vide verso); solicitar RX simples de abdome após 2h a 4h da passagem da sonda; providenciar descarte e limpeza do material; retirar as luvas; manter o ambiente em ordem; lavar as mãos; checar o PROCEDIMENTO registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>- Verificar possível desconforto do paciente e não forçar a introdução da sonda, se encontrar resistência, tentar em outra narina. Se o paciente apresentar tosse ou cianose, interromper o PROCEDIMENTO até que ele se recupere; observar orientação do fabricante das SNEs quanto à sua lubrificação. Se previamente lubrificada usar somente soro fisiológico; atentar para limpeza das narinas e a troca da fixação sempre que</p>		



	necessário; caso o paciente apresente agitação, realizar contenção mecânica para evitar retirada acidental da sonda; paciente com suspeita de traumatismo de base de crânio (com equimose periorbitária e liquorrágia) não passar sonda orogástrica; comunicar a equipe médica: presença de sangramento importante durante a sondagem e impossibilidade de introdução da sonda após várias tentativas.
<b>Resultado Esperado</b>	Descomprimir o estômago, remover gases e líquidos, administrar medicações e dieta, obter conteúdo gástrico para Exames, preparar para cirurgia. <span style="float: right;">398</span>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Cuidados com o Cateterismo Vesical de Demora					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				399
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência				
<b>Quando</b>	Quando indicado				
<b>Condições Necessárias</b>	Material para higiene íntima, gel anestésico, gaze, luvas de PROCEDIMENTO estéril, PVPI degermante, seringa de 10 ou 20 ml com bico, sonda de foley 2 vias. Calibre para adulto: 14 a 18. Crianças: 8 a 12, bolsa coletora (sistema fechado).				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar o paciente e orientá-lo sobre a sondagem.</li> <li>2. Reunir o material necessário, levando para a mesa de cabeceira.</li> <li>3. Preparar o ambiente e lavar as mãos com água e sabão.</li> <li>4. Colocar o paciente em posição adequada e realizar higiene íntima.</li> <li>5. Realizar antisepsia do meato uretral com PVPI degermante.</li> <li>6. Retirar as luvas, lavar as mãos c/ água e sabão e friccionando-as c/ álcool a 70%.</li> <li>7. Dispor o material em campo estéril caso tenha o auxílio de outro profissional ou abrir o material deixando-o na embalagem sem contaminar, se estiver sozinho.</li> <li>8. Calçar as luvas e testar o balonete da sonda.</li> <li>9. Conectar a sonda à extremidade proximal da bolsa coletora, pinçando a extremidade distal desta.</li> <li>10. Lubrificar a sonda com gel anestésico com auxílio de uma gaze.</li> <li>11. Sondagem feminina: afastar os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar com auxílio da gaze visualizando o meato uretral. Mantendo esta posição, introduzir a sonda através do meato na direção para cima e para trás, cerca de 5 a 8 cm; fixar a sonda na face interna da coxa.</li> <li>12. Sondagem masculina: colocar o pênis em posição vertical afastando o prepúcio da glande, passar xilocaína na sonda e introduzir a sonda através do meato uretral cerca de 18 à 24 horas.</li> <li>13. Fixar a sonda na região inguinal ou suprapúbica.</li> <li>14. Observar drenagem da urina através do tubo de drenagem.</li> <li>15. Introduzir ar/líquido no balão na quantidade indicada pelo fabricante.</li> <li>16. Tracionar um pouco a sonda, certificando-se se a mesma está segura.</li> <li>17. Retirar as luvas, prender a bolsa coletora na parte inferior da cama.</li> <li>18. Providenciar descarte, limpeza e a ordem do material.</li> <li>19. Lavar as mãos com água e sabão, friccionando-as com álcool a 70% e registrar o PROCEDIMENTO no prontuário.</li> </ol> <p><b>Observações:</b>            Não realizar tricotomia pubiana, apenas aparar os pelos, se necessário.            Após a sondagem no sexo masculino, recolocar o prepúcio sobre a glande, evitando edema e parafimose.            Não forçar a introdução da sonda.            O calibre da sonda depende de prévia avaliação do paciente.            Orientar o paciente a não tracionar a sonda.</p>				

	<p>Realizar higiene íntima no mínimo duas vezes ao dia.</p> <p>Ao coletar urina para exame, puncionar o dispositivo existente no tubo de drenagem ou puncionar na extremidade da sonda. Não desconectar a sonda. Na presença de coágulos (cirurgias urológicas), realizar desobstrução da sonda (geralmente de três vias) com técnica asséptica. Fazer descontaminação da válvula de descarga com PVPI alcóolico antes e após o esvaziamento.</p> <p>Comunicar a equipe médica: - Presença de sangramento importante durante a sondagem, impossibilidade de introdução da sonda após várias tentativas e a troca do sistema (sonda e coletor) por presença de sedimento, turvação, vazamento extra sonda, etc.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o esvaziamento contínuo da bexiga e monitorização do débito urinário com o mínimo de risco de infecção para o paciente.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Superiores – Via Nasal e Oral					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				401
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência				
<b>Quando</b>	Quando indicado				
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento, soro fisiológico/água destilada, gaze, látex, máscara.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Montar o aparelho e/ou o ponto de vácuo testando seu funcionamento.</li> <li>2. Lavar as mãos com água e sabão.</li> <li>3. Preparar a bandeja para a realização do PROCEDIMENTO.</li> <li>4. Informar ao paciente sobre o PROCEDIMENTO, colocando-o c/ a cabeceira elevada (não havendo contra indicação).</li> <li>5. Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</li> <li>6. Colocar a máscara e calçar as luvas.</li> <li>7. Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na cavidade nasal/oral, com a borracha pinçada.</li> <li>8. Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15”), retirando a sonda lentamente com movimento giratório.</li> <li>9. Repetir o PROCEDIMENTO, se necessário, em intervalo de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</li> <li>10. Lavar a sonda e o látex, aspirar SF/água destilada, desprezar o restante do líquido utilizado. Desligar o aparelho ou fechar o vácuo.</li> <li>11. Desconectar e desprezar a sonda.</li> <li>12. Proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda/gaze.</li> <li>13. Providenciar descarte e limpeza do material.</li> <li>14. Retirar as luvas, lavar as mãos e friccionar com álcool a 70%.</li> <li>15. Manter o ambiente em ordem.</li> <li>16. Checar o procedimento registrando no prontuário.</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não fazer aspiração desnecessária, para evitar lesão das mucosas.</li> <li>• Nas vias aéreas superiores, utilizar a mesma sonda aspirando primeiro a cavidade nasal em seguida a oral.</li> <li>• Em pacientes inconscientes virar a cabeça p/ o lado q/ se quer aspirar.</li> <li>• Realizar a troca do conjunto (borracha e frasco) após uso.</li> <li>• Desprezar as secreções do vidro de aspiração no vaso sanitário.</li> <li>• Realizar higiene oral três vezes ao dia.</li> <li>• Desprezar o restante do SF/água destilada utilizados.</li> <li>• Observar a presença de hipoxemia, ritmo respiratório, bradicardia, sangramento de mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica.</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, facilitando a respiração e oxigenação e proporcionando conforto ao paciente.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Aspiração das Vias Aéreas Inferiores - Via Traqueostomia/Cânula Endotraqueal			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		402
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador e/ou ponto de vácuo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento, SF/água destilada, gaze, látex e máscara.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Montar e testar o aparelho e/ou o ponto de vácuo.</li> <li>2. Lavar as mãos com água e sabão e realizar desinfecção da bandeja.</li> <li>3. Preparar a bandeja para a realização do PROCEDIMENTO.</li> <li>4. Informar o paciente sobre o procedimento, colocando-o c/ a cabeceira elevada.</li> <li>5. Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</li> <li>6. Colocar a máscara e as luvas e ligar o aspirador e/ou vácuo introduzindo a sonda c/ o auxílio da gaze, na traqueostomia/tubo endotraqueal com a borracha pinçada.</li> <li>7. Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha entre (10 a 15"), retirando a mesma lentamente com movimento giratório.</li> <li>8. Repetir o PROCEDIMENTO, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3' entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</li> <li>9. Desconectar a sonda e desprezá-la, após desligar o aparelho ou fechar o ponto de vácuo.</li> <li>10. Proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.</li> <li>11. Providenciar descarte e limpeza do material.</li> <li>12. Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antissepsia friccionando com álcool a 70%.</li> <li>13. Manter o ambiente em ordem.</li> <li>14. Checar o PROCEDIMENTO registrando no prontuário as anotações necessárias.</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não fazer aspiração desnecessária, para evitar lesão das mucosas, hipóxia e arritmias. Preferencialmente, auscultar antes e após a aspiração.</li> <li>• Realizar troca do conjunto (borracha e frasco) a cada 24 horas e quando necessário.</li> <li>• Desprezar as secreções do vidro de aspiração no vaso sanitário.</li> <li>• Caso o paciente esteja no respirador ou em uso de cateter através da traqueostomia / tubo endotraqueal, desconectar ou retirar o cateter, protegendo as suas extremidades com gaze.</li> <li>• Garantir o tratamento da dor em paciente cirúrgico ou com trauma na caixa torácica, antes da aspiração.</li> <li>• Atentar para comunicação não verbal do paciente durante o PROCEDIMENTO (expressão facial, movimentos do corpo, olhar, etc.).</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>• Observar a sequência da aspiração; 1ª aspiração traqueal, seguida da nasal e oral, podendo utilizar a mesma sonda.</li><li>• Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração.</li><li>• Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário.</li></ul>
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, facilitando a respiração e oxigenação e proporcionando conforto ao paciente. <span style="float: right;">403</span>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Cuidado com Paciente Diabético na Realização da Glicemia Capilar e na Administração de Insulina			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		404
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prontuário e material gráfico; Luva de PROCEDIMENTO; Glicosímetro; Insulina prescrita, seringa de insulina, agulha; Algodão, éter e fita de glicemia capilar; Papel toalha</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar a bandeja contendo: glicosímetro, fita de glicemia capilar, agulha 30X8, algodão, papel toalha;</li> <li>Comunicar ao paciente sobre o PROCEDIMENTO, dando apoio emocional;</li> <li>Lavar as mãos e calçar as luvas;</li> <li>Ligar o aparelho, esperar mais ou menos 3 minutos, aguardar o alarme acionar e colocar a fita (previamente seca com o papel toalha);</li> <li>Furar com a agulha um dos quirodáctilos do paciente e deixar o sangue gotejar sobre a área específica da fita de glicemia;</li> <li>Fazer leitura no aparelho e, de acordo com o resultado, administrar a insulina na dose prescrita;</li> <li>Anotar no prontuário (observação de enfermagem), no relatório e no quadro branco e checar a medicação dada, com a prescrição médica;</li> <li>Desprezar o material sujo e guardar o glicosímetro.</li> </ul> <p><b>Observação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atentar para a dosagem de insulina, de acordo com a glicemia capilar;</li> <li>Se o paciente apresenta hipoglicemia ou hiperglicemia deve-se comunicar ao médico, e repetir a dosagem posteriormente.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter o nível de glicemia dentro da normalidade;</li> <li>Conforto do paciente;</li> <li>Evitar complicações.</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Transfusão de Sangue				
<b>Quem</b>	Enfermeiro/ Médico/ Agência Transfusional			405
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência			
<b>Quando</b>	Quando indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	- Prescrição Médica e Requisição de Solicitação; Bolsa de sangue; Equipo de sangue; Gelco; Garrote; Luva; Algodão, Esparadrapo e Éter; Suporte de soro; Termômetro e Relógio; Material gráfico; Prontuário; PGRSS			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>-Enfermeiro envia a solicitação de transfusão para a Agência Transfusional;</p> <p>- Enfermagem recebe o sangue da Agência Transfusional devidamente identificado;</p> <p>- Enfermeiro confere junto ao prontuário tipo, fator e prescrição médica e confirma o nome e comunica ao paciente sobre o PROCEDIMENTO;</p> <p>- Enfermeira verifica a temperatura do paciente e lava as mãos;</p> <p>- Enfermeira e/ou equipe da Agência Transfusional instala o sangue;</p> <p>- Controlar o tempo de infusão e reações do paciente, registrando em prontuário.</p> <p><b>CUIDADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Só instalar o sangue quando tiver com a temperatura ideal e rótulo apropriado;</li> <li>• A infusão de sangue não deverá permanecer por mais de 4 horas;</li> <li>• O paciente deverá ter acesso exclusivo para transfusão;</li> <li>• Atenção para investigar junto ao paciente e/ou familiares se há autorização para a transfusão;</li> <li>• Qualquer anormalidade comunicar de imediato do médico plantonista ou RESPONSÁVEL pela Agência Transfusional do Hospital;</li> <li>• O descarte da bolsa de sangue deverá obedecer ao PGRSS da Unidade.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Reposição do sangue no paciente.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Cuidado com Paciente em Choque				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência			
<b>Quando</b>	Quando ocorrer			
<b>Condições Necessárias</b>	- Tensiómetro, estetoscópio, termômetro; Scalp, equipo de soro, equipo de PVC, cateter de O2; Algodão, álcool, esparadrapo; Garrote, sonda de Folley, seringa 20ml; Luvas de PROCEDIMENTO estéril; Degermante, água destilada, soluções endovenosa; Coletor de sistema fechado, borracha, aparadeira; Sonda de aspiração e borracha, régua de PVC, suporte de soro; Prontuário e material gráfico			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar início de choque e o tipo de choque;</li> <li>• Dar apoio emocional ao paciente;</li> <li>• Comunicar ao médico;</li> <li>• Verificar sinais vitais e registrar;</li> <li>• Lavar as mãos e calçar a luva;</li> <li>• Puncionar acesso venoso;</li> <li>• Observar nível de consciência e registrar;</li> <li>• Passar sonda vesical de demora e observar retorno;</li> <li>• Desobstruir vias aéreas e instalar O2;</li> <li>• Administrar medicação prescrita e registrar;</li> <li>• Instalar PVC, se indicação médica;</li> <li>• Controlar líquidos administrados e eliminados;</li> </ul> <b>Observações:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar patologia de base terapêutica em uso, comunicar intercorrências e manter vigilância contínua.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reverter o quadro clínico, promovendo o equilíbrio hemodinâmico.</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>Númer o</b>		<b>Página</b>	
		<b>Revisã o</b>		<b>Data</b>	
<b>POP -PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>					
<b>Procedimento:</b> Cuidado com Paciente Cardíaco					
<b>Quem</b>	Enfermeiro <span style="float: right;">407</span>				
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência				
<b>Quando</b>	Quando ocorrer				
<b>Condições Necessárias</b>	- Tensiómetro; Estetoscópio; Balança; Cateter de O2; Fluxômetro; Medicamentos; Fita métrica				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar apoio emocional;</li> <li>- Observar e registrar presença de edemas (abdominal, palpebral, MMSS, MMII), medir a circunferência abdominal (para avaliar a redução ou aumento do edema) e verificar sinais vitais e registrar;</li> <li>- Manter a cabeceira da cama em 20º a 30º e realizar avaliação de perfusão de extremidades;</li> <li>-Realizar controle de líquidos administrados eliminados; Instalar O2, se necessário;</li> <li>- Observar sinais e sintomas de hipotensão, aceitação da dieta e sinais e sintomas de retenção urinária;</li> <li>- Supervisionar o repouso no leito;</li> <li>- Administrar medicação prescrita e registrar no prontuário, cuidados e intercorrências.</li> </ul> <p><b>CUIDADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso o paciente deambule, deve-se aferir o peso diariamente e registrar;</li> <li>- Manter o carro de urgência equipado;</li> <li>- Atentar para o cuidado com as medicações hipertensivas e digitálicas;</li> <li>- Solicitar a Nutrição para orientar o paciente quanto a dieta;</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle da insuficiência cardíaca;</li> <li>• Diminuição da ansiedade e inquietação.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Cuidado com Paciente Desidratado					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				408
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência				
<b>Quando</b>	Quando ocorrer				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar apoio emocional ao paciente;</li> <li>• Estimular ingesta hídrica;</li> <li>• Verificar sinais vitais e registrar;</li> <li>• Realizar balanço hídrico e registrar;</li> <li>• Observar nível de consciência, estado da pele (turgor, elasticidade, umidade e cor);</li> <li>• Observar dejeções e registrar;</li> <li>• Administrar medicação prescrita;</li> <li>• Observar intercorrências, comunicar ao médico e registrar em prontuário.</li> </ul> <p><b>CUIDADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para sinais de choque hipovolêmico;</li> <li>• O balanço hídrico deve ser rigoroso;</li> <li>• Atentar para a ingesta líquida;</li> <li>• Observar atentamente evolução de diarreia, vômito e suores;</li> <li>• Se necessário, passar sonda vesical, SVG e puncionar veia observando funcionamento dos mesmos e cuidados.</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar hidratação;</li> <li>• Melhora do estado geral.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Assistência ao Paciente Politraumatizado					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência				
<b>Quando</b>	Quando ocorrer				
<b>Condições Necessárias</b>	Maca (tábua de transporte); Colar cervical; Material do carro de urgência (ver POP específico); Impressos; Prontuário; Medicação prescrita; Material gráfico				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Retirar paciente do carro ou ambulância com maca ou tábua de transporte fazendo: mobilização em bloco e encaminhar para a sala de sutura;</p> <p>Auxiliar de Enfermagem transporta o carro de urgência para o local e chama o cirurgião de plantão;</p> <p>Observar respiração e frequência cardíaca (ver ABC) e instalar oxigenoterapia e acesso venoso calibroso, fazer aspiração de secreções (quando necessário);</p> <p>Observar existência de próteses e proceder a sua retirada; conter hemorragias; ajudar ao cirurgião e ortopedista a imobilização de membros traumatizados; realizar antisepsia de feridas e curativo;</p> <p>Encaminhar cuidadosamente paciente para o RX (ver POP específico);</p> <p>Verificar e registrar sinais vitais; Observar nível de consciência; Observar e registrar queixa de dor, náusea e vômitos;</p> <p>Administrar medicação prescrita; realizar PROCEDIMENTOS (sondas, cateteres) se necessário;</p> <p>Fazer admissão do paciente e registrar em livro próprio;</p> <p>Proceder a transferência para outra unidade caso seja necessário ou internação ou observação em leito de emergência;</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Informar a familiares a necessidade de transferência ou internamento; entregar pertences retirados para os familiares;</p> <p>Em caso de transferência para outra unidade contatar com o Serviço Social. Na ausência do Serviço Social a enfermeira providencia a transferência.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Manutenção das funções vitais do paciente.				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Cuidados com a Drenagem Torácica				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência			
<b>Quando</b>	Sempre que indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	Frasco para drenagem de tórax com sistema selado estéril, luvas de PROCEDIMENTO estéril e máscara, gaze e 1 pinça forte, se necessário, soro fisiológico de 500 ml e biombo.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o paciente, explicando-lhe o PROCEDIMENTO e preparando o ambiente.</li> <li>• Lavar as mãos com água e sabão friccionando-as com álcool a 70%.</li> <li>• Preparar o selo d'água:</li> <li>• Abrir a embalagem do frasco deixando-o dentro do mesmo.</li> <li>• Fazer descontaminação do bico do SF com álcool a 70%.</li> <li>• Calçar as luvas.</li> <li>• Desenroscar a tampa do frasco, sem retirar totalmente, abrir o soro e despejá-lo no frasco, deixando o tubo mergulhado de 2 a 2,5 cm (cerca 2 dedos).</li> <li>• Fechar o frasco, enroscando a tampa, colocar fita adesiva externamente próxima à graduação e marcar o nível do líquido na fita, com data e hora.</li> <li>• Reunir o material restante levando-o para a mesa de cabeceira do paciente.</li> <li>• Fechar o sistema clampeando-o</li> <li>• Colocar o frasco coletor no chão, ainda dentro da embalagem.</li> <li>• Retirar a tampa do frasco em uso e adaptá-la ao frasco novo, ajustando-a fortemente.</li> <li>• Desclampear o sistema.</li> <li>• Verificar funcionamento através da oscilação da coluna do selo d'água.</li> <li>• Colocar o frasco coletor sobre base apropriada.</li> <li>• Verificar o volume drenado do frasco retirado, registrar no prontuário desprezando-o no vaso sanitário, providenciar a higienização do local e descartar o frasco no lixo do expurgo.</li> <li>• Retirar as luvas e a máscara.</li> <li>• Providenciar a ordem do ambiente.</li> <li>• Lavar as mãos com água e sabão, friccionando-as com álcool a 70%.</li> <li>• Checar o PROCEDIMENTO registrando anotações necessárias no prontuário.</li> </ul> <p><b>Observações:</b>            Observar aspecto da drenagem. Trocar o frasco coletor quando atingir a 2/3 de sua capacidade e na presença de secreção purulenta.            Atentar para acotovelamento, alças e compressão da tubulação.            Ordenhar o circuito no sentido do frasco de drenagem de acordo com a prescrição médica.            Estimular o bom alinhamento do corpo, a frequente mudanças de posição, respiração profunda e a tosse.            Verificar se o paciente sente dor e administrar o medicamento prescrito.            Realizar curativo diário, com álcool iodado no local da inserção do dreno,</p>			

	<p>cobrindo-o com uma folha de gaze e realizar fixação adicional por "meso" e "contrameso" (vide verso).</p> <p>Durante o transporte não pinçar. Manter frasco coletor sempre abaixo do nível do tórax (80 cm).</p> <p>Observar e comunicar imediatamente à equipe médica sinais de respiração superficial rápida, cianose, opressão torácica, enfizema subcutâneo, sintomas de hemorragia e presença de borbulhamento <sup>411</sup> no frasco de drenagem.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Promover a reexpansão do pulmão e restaurar a função respiratória, prevenindo infecção e outras complicações.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Ressuscitação Cardiorespiratória em Adulto			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		412
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Prontuário, monitor e tábua de reanimação, carro de parada completo, desfibrilador e aspirador e medicamentos e material descartável		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Medidas Básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constatar PCR:</li> <li>• Detectar inconsciência → solicitar ajuda</li> <li>• Verificar respiração (olhar, sentir, ouvir)</li> <li>• Verificar batimentos cardíacos (carotídeo ou femoral)</li> <li>• Posicionar paciente em decúbito dorsal em superfície rígida. Iniciar o A-B-C:</li> <li>• A – abrir vias aéreas, colocar cabeça em dorso-flexão e aspirar secreções; B – ventilar inicialmente 2 vezes com ambú, conectar O2 (12 a 15 litros) e observar expansão torácica; C – compressões torácicas no terço inferior do esterno, 1 socorrista → 2 ventilações X 15 compressões, 2 socorristas → 1 ventilação X 5 compressões.</li> <li>• Medidas Avançadas</li> <li>• Estabelecer as funções dos membros da equipe (máximo de 4);</li> <li>• 1º socorrista coordena a equipe e assume a ventilação (médico);</li> <li>• 2º socorrista realiza compressões torácicas e coordena junto ao médico (enfermeiro);</li> <li>• 3º socorrista providencia acesso venoso, prepara e administra medicamentos (Aux. de Enfermagem);</li> <li>• 4º socorrista dá apoio aos membros da equipe na, punção venosa, medicações, mantém contatos telefônicos e providencia materiais. (Aux. de Enfermagem).</li> <li>• Preparar material para intubação endotraqueal e auxiliar no PROCEDIMENTO;</li> <li>• Providenciar acesso venoso periférico e manter acesso com SF 0,9%;</li> <li>• Preparar medicações (inicialmente adrenalina e atropina), identificar as seringas – aguardar orientação médica: imediatamente após uso, mantê-las preparadas para nova administração;</li> <li>• Providenciar cardioscópio/ desfibrilador e auxiliar na defibração;</li> <li>• Registrar horário da PCR e da administração das medicações;</li> <li>• Manter atuação junto a equipe médica até a recuperação do paciente ou decisão de interromper a RCR;</li> <li>• Contatar laboratório, RX, se indicado;</li> <li>• Providenciar após o término da RCR, a reposição, ordem e limpeza dos materiais utilizados;</li> <li>• Registrar no prontuário as manobras executadas, estado geral do paciente;</li> <li>• Contatar com o Serviço Social, na possibilidade de transferência do paciente para UTI de outro hospital.</li> <li>• <b>Observações</b></li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a privacidade do paciente e informar à família;</li> <li>• Utilizar as EPI's necessárias;</li> <li>• Manter o ambiente o mais organizado possível e colocar balde de lixo próximo ao leito;</li> <li>• Não deixar materiais e equipamentos sobre o leito;</li> <li>• Reservar as ampolas vazias e invólucros descartáveis para posterior reposição e registro;</li> <li>• Iniciar manobras básicas nos primeiros 4 minutos de PCR;</li> <li>• Iniciar manobras avançadas até 8 minutos de PCR;</li> <li>• Interromper fluxo de soluções e medicações em uso, instalar SF em 20ml/Kg ou conforme indicação médica;</li> <li>• Interromper fluxo de dieta via gástrica ou enteral, colocar sob aspiração;</li> <li>• Caso seja constatado o óbito – ver POP específico.</li> </ul>
<p><b>Resultado Esperado</b></p>	<p>Retorno do paciente nas condições hemodinâmicas, para ser encaminhado para UTI ou Semintensiva e recuperar pacientes vítimas de PCR em tempo hábil, evitando danos cerebrais.</p>
<p><b>Elaborado por:</b></p>	<p><b>Aprovado por:</b></p>

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Funcionamento da Sala de Observação			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		414
<b>Onde</b>	Urgência/Emergência		
<b>Quando</b>	Diuturnamente		
<b>Condições Necessárias</b>	Impressos, lençol descartável, seringa descartável, agulha descartável, gaze, esparadrapo. scalp, gelco, equipo de soro, cateter de oxigênio, medicações, soluções, tensiometro, estetoscópio, termômetro, bolas de algodão, copo descartável, ambú, nebulizador, bandeja, prontuário, caneta.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Observar as condições de limpeza da sala e providenciar roupa necessária para o atendimento nas 24 horas.</p> <p>Providenciar materiais esterilizados no C.M.E: Ambú, gaze, borracha de oxigênio, nebulizador.</p> <p>Verificar o funcionamento dos equipamentos: Torpedo de oxigênio, tensiômetro, ambú, aspirador.</p> <p>Checar diariamente o carro de urgência repondo medicações e materiais.</p> <p>Suprir o armário de medicações, soluções, cateteres, equipo, escalpe, sondas, agulha, seringa.</p> <p>Receber o paciente e encaminhar para o leito de repouso.</p> <p>Verificar sinais vitais e registrar e administrar medicação prescrita pelo médico e registrar.</p> <p>Providenciar alimentação para o paciente.</p> <p>Providenciar prontuário do paciente, junto ao SAME.</p> <p>Manter observação ao paciente durante todo período de atendimento.</p> <p>Solicitar o serviço social quando necessário.</p> <p>Orientar paciente e família após alta e cuidados necessários.</p> <p>Registrar atendimento no prontuário.</p> <p>Arrumar a sala no final de cada período.</p> <p>Solicitar pessoal da limpeza quando necessário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>No caso do paciente estar sem o prontuário, deverá ser providenciado;</p> <p>No caso do paciente estar sozinho, providenciar junto ao serviço social os familiares;</p> <p>Manter a sala arrumada;</p> <p>Lavar as mãos antes e após procedimento.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Funcionamento adequado da sala de observação.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

**5.3.5. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME E BLOCO CIRÚRGICO**

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>	
			<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	415
<b>Procedimento: Admissão do Paciente no Centro Cirúrgico</b>						
<b>Quem</b>	- Enfermeiro					
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico					
<b>Quando</b>	-Após verificação do mapa de cirurgia, confirmação do material necessário para o procedimento, reserva de sangue e/ou UTI, avaliação do resultado de exames pré operatórios, avaliação da resposta de inter consultas solicitadas, sala cirúrgica montada e anestesista disponível.					
<b>Condições Necessárias</b>	- Prontuário - Exames pré operatórios (RX, Tomografia, exames de sangue, ECG, ECO e outros)					
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar o paciente junto ao maqueiro,</li> <li>- Se apresentar ao paciente na chegada ao Centro Cirúrgico,</li> <li>- Verificar se o prontuário contém: prescrição do dia e do dia anterior, Rx, ECG, ECO e outros exames, quando solicitados,</li> <li>- Entrevistar o paciente na sua chegada ao Centro Cirúrgico, conferindo nome, leito, procedimento com aviso de cirurgia,</li> <li>- Indagar a cerca de comorbidades, alergias e jejum;</li> <li>- Atentar para presença de próteses (se admitido com retirar, acondicionar, identificar e entregar ao acompanhante após protocolar, caso não tenha acompanhante encaminhar a unidade de origem, devidamente protocolado);</li> <li>- Verificar atentamente resultados de exames e liberação do especialista para realização do procedimento quanto solicitada;</li> <li>- Verificar a montagem da SO conforme POP leito para admissão;</li> <li>- Checar com circulante de sala e anestesista se o paciente está autorizado a ser levado à sala de cirurgia,</li> <li>- Levar o paciente para sala de cirurgia após colocação da toca e propé,</li> <li>- Após transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica realizar a monitorização do mesmo: ECG, saturação, PA não invasiva;</li> <li>- Instalar cateter de oxigênio, conectando a rede de gases do carro de anestesia,</li> <li>- Caso paciente esteja traqueostomizado, verificar fixação do dispositivo e instalar o oxigênio,</li> <li>- Puncionar acesso venoso calibroso, após sua fixação registrar data, nº do dispositivo,</li> <li>- Intervir nas anormalidades ou intercorrências que ocorrerem.</li> </ul>					
<b>Resultado Esperado</b>	- Receber o paciente no centro cirúrgico de forma intensiva e organizada.					
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Atender a demanda.					
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>			

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Páginas</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Montagem de sala cirúrgica</b>				
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro			416
<b>Onde</b>	- Sala cirúrgica			
<b>Quando</b>	- Antes da admissão do paciente em sala cirúrgica			
<b>Condições Necessárias</b>	- Insumos de farmácia e de CME - Recursos materiais de centro cirúrgico - Impressos			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Certificar-se do material e equipamentos solicitados;</li> <li>- Verificar as condições de limpeza da sala, antes de equipá-la com materiais e equipamentos;</li> <li>- Testar o funcionamento elétrico, focos de luz, equipamentos utilizados para anestesia, tomadas elétricas, mesa cirúrgica;</li> <li>- Em caso de cirurgia de vídeo, verificar carro de vídeo (câmera, monitor, fonte de luz, etc.) e solicitar materiais de CME específicos: cabo de fibra ótica, ótica, kit de pinças, kit de trocater, probe, cabo de shaver, lâmina de shaver, ponteira de radio frequência;</li> <li>- Providenciar os materiais descartáveis e medicações, também checando a validade da esterilização;</li> <li>- Dispor materiais e medicações em mesa auxiliar de acordo com a anestesia a ser realizada;</li> <li>- Prover impressos utilizados em sala cirúrgica;</li> <li>- Dispor os materiais necessários no carro de anestesia: cânula de Guedel, laringoscópio com lâminas testadas, cânulas de intubação, seringas, esparadrapo, estetoscópio, etc.;</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Montagem adequada da sala cirúrgica			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Númer o</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisã o</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Circulação de sala cirúrgica</b>				
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro			417
<b>Onde</b>	- Sala cirúrgica			
<b>Quando</b>	- Durante a cirurgia			
<b>Condições Necessárias</b>	- Insumos de farmácia e de CME, recursos materiais de CC e Impressos			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos e receber o paciente, apresentando-se e conferindo sua identificação;</li> <li>- Registrar a chegada e as condições clínica do paciente;</li> <li>- Conferir exames dos pacientes e transferir paciente para mesa cirúrgica;</li> <li>- Realizar monitorização do paciente, instalando oxímetro, monitor cardíaco, aparelho de PA;</li> <li>- Posicionar a placa dispersiva em local adequado, caso o bisturi elétrico seja utilizado;</li> <li>- Iniciar a abertura dos pacotes usando técnica asséptica. Observar os integradores internos dos pacotes e anexá-los ao prontuário do paciente;</li> <li>- Auxiliar na indução anestésica (punção de veia e fornecimento de materiais de acordo com anestesia proposta);</li> <li>- Posicionar o paciente, utilizando técnicas adequadas, recursos de proteção e faixas de segurança; Conforme procedimento cirúrgico e com auxílio da equipe anestésica e cirúrgica;</li> <li>- Auxiliar na paramentação da equipe;</li> <li>- Ligar o bisturi elétrico, conectando também o fio da placa dispersiva que está aderida ao paciente;</li> <li>- Conectar a extremidade da borracha estéril da extensão do aspirador ao vácuo e ligá-lo;</li> <li>- Aproximar os hampers da equipe para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Os hampers devem ter sacos plásticos brancos identificados para lixo infectado;</li> <li>- Aproximar do cirurgião bancos e pedais dos equipamentos e fornecer estrados;</li> <li>- Estar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos equipamentos durante todo o procedimento;</li> <li>- O circulante deverá usar roupas privativas, máscara cirúrgica e outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI´s) quando necessário;</li> <li>- O circulante deve suprir a S.O dos materiais necessários;</li> <li>- Evitar abertura desnecessária da porta da S.O., mantendo-a sempre fechada durante o procedimento cirúrgico;</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Circulação de sala adequada e segura			
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:			

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Transferência do Paciente para o SRPA</b>					
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro				418
<b>Onde</b>	- Sala cirúrgica para o SRPA				
<b>Quando</b>	- Após a cirurgia				
<b>Condições Necessárias</b>	- Lençóis e cobertores - Impresso (Registro de Sinais Vitais do Paciente) - Exames - Maca				
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Remover campos e lençóis úmidos que estão sobre o paciente e cobri-lo com lençóis, cobertores, garantindo seu aquecimento e privacidade; - Registrar os sinais vitais do paciente; - Retirar monitorização do paciente, após avaliação do anestesista; - Transportar o paciente para maca, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados; - Organizar o paciente com os impressos e exames, encaminhando-os com o paciente para a SRPA - Retornar à sala e iniciar a desmontagem				
<b>Resultado Esperado</b>	- Transferência segura do paciente da sala cirúrgica para o SRPA				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Admissão do Paciente no SRPA</b>			
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro		419
<b>Onde</b>	- Sala de Recuperação Pós – Anestésico (SRPA)		
<b>Quando</b>	- Após término da cirurgia, saída da sala cirúrgica e antes de encaminhar para UTI.		
<b>Condições Necessárias</b>	- Monitor multiparamétrico, - Termômetro digital, - Impresso de acompanhamento no SRPA		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Receber o paciente da circulante de sala e admitir, - Monitorizar o paciente, - Instalar oxigenioterapia (se necessário ou solicitado pelo anestesista), - Verificar sinais vitais na primeira hora de quinze em quinze minutos, e na segunda hora de trinta em trinta minutos e registrar no impresso. - Realizar escala de Aldrete, - Verificar condições do penso cirúrgico, acessos, sondas, drenos, cateteres e registrar. - Realizar troca do soro se necessário e administrar medicação quando solicitado pelo anestesista, - Aquecer o paciente, observar e comunicar queixas de dor, tremores, perfusão periférica e alterações de sinais vitais. - Comunicar e registrar anormalidades ao enfermeiro e anestesista, - Após uma hora de observação solicitar avaliação do anestesista para liberação. - Após liberação do anestesista, comunicar ao enfermeiro e encaminhar para unidade de origem.		
<b>Resultado Esperado</b>	- Garantir acompanhamento intensivo e intervenção imediata diante de intercorrências pós – anestésicas.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira e/ou Anestesista		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP -PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Desmontagem de Sala cirúrgica</b>			
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Equipe de limpeza</li> </ul>		
<b>Onde</b>	- Sala cirúrgica		
<b>Quando</b>	- Após saída do paciente da sala cirúrgica		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiais Estéreis não usados (devolvidos ao CME)</li> <li>- Instrumentos cirúrgicos utilizados</li> <li>- Aspirador</li> <li>- Luvas de procedimento</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir todos os materiais não usados (estéreis) colocando-os em carro para devolução ao CME;</li> <li>- Calçar luvas de procedimentos;</li> <li>- Retirar materiais pérfuro cortante descartando-os em caixa própria;</li> <li>- Recolher caixa de pérfuro cortante quando atingir sua capacidade, lacrando-a;</li> <li>- Recolher em hamper, campos, compressas e outros revestimentos da Sala de Operação (SO). Assegurar-se de que não houve esquecimento de instrumentos entre os campos, antes de encaminhar os tecidos para lavanderia;</li> <li>- Retirar instrumentos das mesas colocando em suas respectivas caixas, contando o número de peças. As pinças não deverão ser fechadas exceto as de campos (Backaus). Os materiais mais leves deverão ser colocados sobre os mais pesados evitando danos;</li> <li>- Aspirar com o aspirador os líquidos restantes em mesas como soros e antissépticos. Não desprezar em lixo ou hamper;</li> <li>- Retirar os acessórios dos aparelhos como placa do bisturi elétrico, frascos de aspiração, conexões.</li> <li>- Avisar aos funcionários da limpeza para retirada de lixo, troca dos sacos plásticos e limpeza do chão;</li> <li>- A desmontagem da S.O deve ser realizada após a saída do paciente e antes da limpeza concorrente.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Sala desmontada com segurança		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Limpeza concorrente da sala cirúrgica</b>			
<b>Quem</b>	- Equipe de limpeza		421
<b>Onde</b>	- Sala cirúrgica		
<b>Quando</b>	- Deverá ser realizada imediatamente após o término de uma cirurgia e início da outra, para remoção de sujidade e matéria orgânica presente nos instrumentais, acessórios de equipamentos, roupas e lixo.		
<b>Condições Necessárias</b>	-EPIs: luvas de procedimento, sapato antiderrapante e fechado, máscaras e luvas de borracha - Materiais de limpeza		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Prover-se dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequados; - Limpar com compressas umedecidas em álcool etílico à 70% o mobiliário, acessórios, equipamentos e focos; - Recolher instrumental, acessórios do carro de anestesia utilizados e encaminhá-los ao expurgo. -Colocar no hamper toda roupa suja; - Recolher a roupa suja do hamper e encaminhá-la ao expurgo - Após procedimentos infectados ou de longa duração, recomenda-se que se utilizem os critérios de limpeza terminal, que inclui a limpeza total das paredes e do teto; - Ao termino da limpeza, proceder à montagem da sala cirúrgica de acordo com o procedimento cirúrgico subsequente.		
<b>Resultado Esperado</b>	- Sala cirúrgica limpa e organizada com segurança e em tempo hábil entre cirurgias		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico</b>				
<b>Quem</b>	- Equipe de limpeza			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Deverá ser realizada diariamente após o término do último procedimento cirúrgico do dia			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Álcool a 70%</li> <li>- EPI's adequados</li> <li>- Panos umedecidos.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Iniciar do local mais limpo para o mais sujo, utilizando Equipamentos de proteção Individual (EPI's) adequados;</li> <li>- Realizar limpeza do mobiliário, focos, equipamentos como monitores, carros de anestesia, mesa cirúrgica, leitos da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) e etc., com compressa umedecida com álcool à 70%;</li> <li>- Recolher o material usado encaminhado ao expurgo;</li> <li>- Proceder à montagem da sala cirúrgica</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Limpeza Terminal do Centro Cirúrgico realizada com segurança			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

422

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Limpeza Semanal do Centro Cirúrgico</b>			
<b>Quem</b>	- Equipe de limpeza		423
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Deve ser realizada semanalmente de preferência aos domingos		
<b>Condições Necessárias</b>	- Álcool a 70% - EPI's adequados - Panos umedecidos - Sabão, água e solução detergente		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Lavar as mãos; - Realizar limpeza com água, sabão e/ou álcool à 70% das bancadas, pisos, tetos, pias, banheiros, estantes, armários, portas, paredes, prateleiras, geladeira. - Realizar a limpeza do mobiliário da sala de cirurgia, SRPA, focos, visor, equipamentos, com compressas umedecidas em água e sabão; - Remover a solução detergente dos materiais acima citados, com compressas umedecidas em água; - Proceder a desinfecção com compressas umedecidas em álcool à 70%, a mesma deverá ser realizada em todas as salas (setores) que compõem o centro cirúrgico; - Reunir instrumentais vencidos e encaminhá-los ao CME, e as roupas deverão ser encaminhadas à lavanderia		
<b>Resultado Esperado</b>	- Limpeza semanal do Centro Cirúrgico realizada com segurança		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Númer o</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisã o</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Glicemia Capilar</b>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> <li>- Enfermeiro</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Conforme prescrição médica de HGT e se solicitado pelo enfermeiro ou médico anestesista, e em casos de emergência.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicosímetro,</li> <li>- Fita teste,</li> <li>- Agulha 13x4,5 ou lanceta,</li> <li>- Algodão,</li> <li>- Álcool a 70%</li> <li>- Luvas de procedimento</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar o material necessário.</li> <li>- Lavar as mãos.</li> <li>- Explicar o procedimento ao cliente.</li> <li>- Calçar as luvas.</li> <li>- Fazer antissepsia na porção distal lateral do dedo com algodão e álcool à 70%.</li> <li>- Esperar secar.</li> <li>- Posicionar o dedo de maneira a aumentar o fluxo sanguíneo.</li> <li>- Realizar punção capilar na porção distal lateral do dedo.</li> <li>- Coletar sangue na fita do glicosímetro.</li> <li>- Ocluir o local da punção com algodão favorecendo a homeostasia.</li> <li>- Desprezar o material utilizado em local apropriado.</li> <li>- Manter a unidade limpa e organizada.</li> <li>- Anotar o resultado na prescrição médica ou controle de enfermagem.</li> <li>- Higienizar o glicosímetro.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Leitura correta de glicemia capilar, evitando intercorrências.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o glicosímetro não estiver calibrado, providenciar calibração.</li> <li>- Conferir o código da fita e do glicosímetro.</li> <li>- Fazer nova punção se a gota não preencher completamente o espaço indicado na fita.</li> <li>- Em caso de alterações no resultado, comunicar ao enfermeiro e ao médico plantonista.</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Infusão Venosa em Bomba de Infusão</b>				
<b>Quem</b>	- Enfermeiro e Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Infusão peristáltica de soluções por via enteral ou parenteral			
<b>Condições Necessárias</b>	- Bomba de infusão completa e equipo próprio para bomba de infusão; solução prescrita; luva de procedimento, uso de EPI, se necessário			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir o material necessário, lavar as mãos e explicar o procedimento ao paciente, solicitando sua ajuda, se possível;</li> <li>- Colocar o equipo próprio no frasco de solução com data da instalação e retirar o ar do equipo;</li> <li>- Inicialmente, coloque a ampola ou bolsa de solução na haste da bomba de infusão, verificando que esta fique sempre na vertical;</li> <li>- Segure o segmento de silicone do equipo próprio pelas extremidades na horizontal, tendo cuidado para não torcer o equipo;</li> <li>- Envolve o rotor da bomba de infusão com o segmento de silicone do equipo, sempre tomando o cuidado de não torcê-lo e posicione os terminais do segmento de silicone sob o suporte (rotor);</li> <li>- Após ter colocado o segmento de silicone no local correto, posicione o equipo nas aberturas laterais, tomando o cuidado de não criar um vinco no equipo;</li> <li>- Encher a câmara de gotejamento, pressione as paredes e solte em seguida; verifique se o nível de solução na câmara de gotejamento está de acordo com a marcação existente nas paredes externas da câmara;</li> <li>- Posicione o sensor de gotas na câmara, introduzindo-o de baixo para cima; o sensor de gotas deve ser posicionado no topo da câmara de gotejamento;</li> <li>- Realizar os registros de enfermagem necessários, em prontuário.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Assegurar infusão do volume de solução prescrita nas 24 horas			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Acondicionamento e envio de material de anatomia patológica</b>			
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro e Técnico de enfermagem</li> <li>- Secretária do setor</li> <li>- Encarregado do Necrotério</li> </ul>		
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Após a coleta do material pelo cirurgião		
<b>Condições Necessárias</b>	- Luva de procedimento não estéril, formol à 10%, coletor universal (fornecido pelo laboratório), saco plástico (se peça maior)		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar material necessário e calçar as luvas;</li> <li>- Identificar o frasco com nome, registro do paciente, sítio de coleta do material (se houver mais de um sítio referir o local exato em cada frasco), data;</li> <li>- Acondicionar a peça em um frasco adequado a seu tamanho (a quantidade de formol deve ser suficiente para cobrir a peça), peças cirúrgicas maiores podem ser colocadas em sacos plásticos, de preferência duplicando a embalagem para evitar vazamento. Nunca acondicionar o material em SF 0.9%;</li> <li>- Checar se a requisição foi assinada pelo médico, a mesma deve constar nome completo do paciente, registro, motivo e localização de onde foi retirado material;</li> <li>- Registrar em protocolo específico de encaminhamento das peças de anatomia patológica o local de onde foi retirada a peça, bem como a intenção de envio;</li> <li>- A amostra deverá ser entregue junto ao impresso próprio (em duas vias) onde conste nome do hospital, paciente(s), local de onde a peça foi retirada e data da coleta. Uma das vias deverá ser assinada pelo responsável dos exames externos que recebeu a solicitação e a outra ao encarregado do necrotério.</li> <li>- Acondicionar o material na geladeira do necrotério deste hospital pelo encarregado do setor.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Encaminhar ao laboratório a peça devidamente identificada e acondicionada a fim de contribuir com tratamento do paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a Enfermeira e ao cirurgião responsável.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	
<b>Procedimento: Montagem do sistema PAM</b>				
<b>Quem</b>	- Enfermeiro			427
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Solicitado pelo anestesista para verificação mais fidedigna da PA.			
<b>Condições Necessárias</b>	- Kit cateterismo arterial (01 cateter arterial radial/femoral), 01 escova de marcodine ou clorexidine, soro fisiológico (500 ou 250 ml), equipo de transdutor de PAMI e cabo de monitorização invasiva, monitor multiparamétrico, heparina 5000 UI e 01 amp. xylocaína injetável sem vasoconstritor (20 ml), bolsa pressurizadora, clorexidina alcoólica ou PVPI tintura, campo fenestrado ou pacote de compressa estéril, avental estéril e luva estéril, 01 bandeja de anestesia estéril ou bandeja de pequena cirurgia, 01 seringa de 10 ml, 01 agulha 30 x 7, 01 mononylon 3-0 e 01 lâmina de bisturi			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe-se com o anestesista qual o local de passagem do cateter e degerme a área deixando a mesma livre (se radial posicionar a mão fixando-a adequadamente);</li> <li>- Reunir o material em uma mesa auxiliar e abrir sucessivamente sobre a bandeja estéril: a luva estéril, pacote de pequena cirurgia, seringa, agulha, fio de sutura e lâmina; colocar na cuba rim PVPI tintura ou clorexidina alcoólica;</li> <li>- Certifique-se que o sistema de monitorização está pronto e conectado ao monitor (se possível manter a ponta estéril para ser oferecida ao anestesista quando puncionada a artéria) e conecte o SF 0.9% ao sistema de monitorização descartável, coloque o soro na bolsa pressurizadora e insufla-o até 300 mmHg e o suporte para conectar ao sistema de monitorização;</li> <li>- Com o paciente em decúbito dorsal nivelar o transdutor ao nível da linha axilar média, abrir a via livre da torneira promovendo contato do transdutor com o ar ambiente, mantendo a via do paciente fechado e zere o sistema, feche a tampa da via que foi aberta e estabeleça a melhor escala e curva.</li> <li>- Após a fixação do cateter ofereça ao médico material para o curativo do acesso (PVPI tintura ou clorexidina alcoólica, gaze e micropore);</li> <li>- Anote o procedimento no pronyuário, especificando o local puncionado.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Curva de PAM e valores de PA fidedignos para que sejam tomadas pelo anestesista condutas adequadas.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Se não houver uma curva de PAM fidedigna, verificar qual o problema (cateter obstruído, fuga no sistema, torneira fechada, bolsa pouco pressurizada). Se não conseguiu identificar e solucionar o problema comunicar ao anestesista.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Sondagem Vesical de Demora</b>			
<b>Quem</b>	- Enfermeiro		428
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Solicitado pelo cirurgião ou anestesista responsável.		
<b>Condições Necessárias</b>	- SF 0.9%; escova de marcodine ou escova de clorexidina, PVPI aquoso ou clorexidina aquosa, 01 pacote de gaze, 01 luva estéril, sonda de foley nº 14,16, 18 ou 20 (observar sexo/idade do paciente), xylocaína gel, seringa de 05 e 10ml, bolsa coletora estéril, bandeja de assepsia c/ campo fenestrado, 01 pacote de compressa estéril, esparadrapo ou micropore, EPI		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar bandeja, lavar as mãos e explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>- Colocar o paciente em decúbito dorsal (se mulher na em posição ginecológica com pernas flexionadas na altura do joelho, se possível);</li> <li>- Abrir materiais sem contaminá-los e realizar degermação da região pélvica com escova de marcodine ou escova de clorexidina (baixar prepúcio ou abrir grandes lábios e realizar movimentos sempre de cima para baixo);</li> <li>- Realizar escovação das mãos, calçar luva estéril e passar PVPI aquoso na seguinte ordem: região pélvica descendo para um dos lados do membro inferior e em seguida para outro membro até terço inferior da coxa. (Se a degermação for com escova de clorexidina, realizar antissepsia com clorexidina aquosa e caso escova de marcodine com PVPI Aquoso);</li> <li>- Colocar campo fenestrado ou compressa estéril cobrindo toda área marcada com clorexidina aquosa ou PVPI aquoso, pegar sonda de foley e testar o balão enchendo-o de ar com uma seringa de 20 ml estéril. Esvaziar balão após constatar que não houve vazamento, conectar bolsa coletora estéril á sonda de foley, colocar 05 ml de xylocaína gel na seringa de 05 ml não esquecer de desprezar porção inicial da xylocaína), e 05 ml de SF 0.9% na seringa de 10 ml;</li> <li>- Abrir grandes lábios ou segurar pênis com a mão dominante, introduzir xylocaína gel no meato urinário e introduzir a sonda na uretra até drenar urina;</li> <li>- Ejetar lentamente 05 ml de SF 0.9% na via marcada da sonda até 05 ml;</li> <li>- Colocar a bolsa em posição pendente, abaixo do nível da mesa cirúrgica;</li> <li>- Fazer higiene com SF ou água para retirar excesso do PVPI;</li> <li>- Fixar a sonda vesical na face interna da coxa, se mulher. Se homem fixar na parte superior da coxa ou abdômen inferior. Sempre do lado oposto ao que irá sofrer intervenção;</li> <li>- Registrar em prontuário o número da sonda utilizada, dificuldade se houver, e característica da diurese drenada.</li> </ul>		

<b>Resultado Esperado</b>	- É necessário que a bexiga permaneça vazia durante a cirurgia, procedimento cirúrgicos de longa duração e para coleta de material estéril para cultura.
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Condições patológicas podem comprometer a passagem da sonda, quando houver resistência solicitar auxílio do médico. Em caso de contaminação, trocar material por outro estéril.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

429



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Sondagem Vesical de Alívio</b>			
<b>Quem</b>	- Enfermeiro		430
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Solicitado pelo Médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Água destilada ou soro fisiológico 100 ml,</li> <li>- PVPI degermante e PVPI tópico,</li> <li>- Gazes, Luva estéril e Sonda uretral,</li> <li>- Xylocaína gel,</li> <li>- Aparadeira,</li> <li>- Campo fenestrado, EPI ( gorro, máscara e luvas).-</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos e preparar bandeja,</li> <li>- Por EPI' e explicar, se possível o procedimento ao paciente.</li> <li>- Colocar cliente em posição ginecológica (dorsal recumbente) ou lateralmente (Sims ) com a perna superior flexionada na altura do joelho, se mulher. Posição supina, se homem.</li> <li>- Posicionar aparadeira e realizar higiene íntima com água destilada ou soro fisiológico, PVPI degermante e gaze ( baixar prepúcio ou abrir grandes lábios; e realizar movimentos sempre de cima para baixo ).</li> <li>- Degermar com PVPI tópico e proteger com gaze.</li> <li>- Abrir materiais sem contaminá-los.</li> <li>- Calçar as luvas estéreis.</li> <li>- Colocar campo fenestrado e pegar com mão dominante sonda uretral.</li> <li>- Passar xylocaína na ponta da sonda uretral (xylocaína já numa gaze estéril ou no dorso da mão dominante com luva estéril – não esquecer de desprezar porção inicial da mesma).</li> <li>- Abrir grandes lábios ou segurar o pênis com a mão dominante e introduzir sonda na uretra até sair urina.</li> <li>- Massagear região pubiana para facilitar saída de diurese.</li> <li>- Retirar sonda uretral com auxílio de gaze e descartá-la.</li> <li>- Fazer higiene com soro ou água destilada e secar com gaze ou toalha.</li> <li>- Retirar aparadeira e vestir cliente.</li> <li>- Registrar a data do cateterismo, descrevendo o procedimento, o nº da sonda utilizada, o volume e o aspecto da diurese drenada</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Esvaziamento da bexiga ou obtenção de amostra de urina estéril.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condições patológicas pode comprometer a passagem do cateter ( por exemplo, próstata aumentada) – solicitar auxílio do Médico de plantão.</li> <li>- Em caso de contaminação, trocar material por outro estéril.</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Confeção do Kit de cirurgia</b>					
<b>Quem</b>	- Técnico de enfermagem				
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico				
<b>Quando</b>	- No SN pelo técnico de enfermagem escalado de plantão				
<b>Condições Necessárias</b>	- Reposição dos impressos necessários (prescrição médica, descrição cirúrgica, ficha de antibiótico, relatório de alta, AIH)				
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Grampear: 01 impresso de prescrição, 02 de relatório de alta, 02 ficha de antimicrobiano, 02 de relatório de alta e 01 de AIH.				
<b>Resultado Esperado</b>	- Organizar o serviço dentro do Centro Cirúrgico e garantir o registro dos impressos necessários para confirmação e validação dos procedimentos.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

431

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Ressuscitação Cardiopulmonar			
<b>Quem</b>	- Equipe Multidisciplinar		
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Em casos de paciente em RCP		
<b>Condições Necessárias</b>	- Monitor cardíaco, gel condutor, desfibrilador, tábua de reanimação, carro de emergência, material descartável, aspirador e material para aspiração.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p><b>- Medidas Básicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constatar RCP: detectar inconsciência → solicitar ajuda; sem pulso palpado em 10 segundos → iniciar C-A-B;</li> </ul> <p><b>1. Posicionar paciente em decúbito dorsal em superfície rígida. Iniciar o C-A-B:</b></p> <p><b>C – Compressões torácicas no terço inferior do esterno</b> 1 ou 2 socorristas → 2 ventilações X 30 compressões, sendo uma frequência mínima de 100compressões por minuto</p> <p><b>A – Abrir vias aéreas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colocar a cabeça em dorso-flexão</li> <li>- Aspirar secreções</li> </ul> <p><b>B – Ventilar inicialmente 2 vezes com ambú, conectar O2 (12 a 15 litros) e observar expansão torácica</b></p> <p><b>- Medidas Avançadas</b></p> <p><b>1. Estabelecer as funções dos membros da equipe (máximo de 4);</b></p> <p>1º socorrista coordena a equipe e assume a ventilação (médico/Fisioterapia); 2º socorrista realiza compressões torácicas e coordena junto ao médico (enfermeiro); 3º socorrista providencia acesso venoso, prepara e administra medicamentos (Enfermeiro e Tec. de Enfermagem); 4º socorrista dá apoio aos membros da equipe na: punção venosa, medicações contatos e providencia materiais. (Tec. de Enfermagem).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizar interrupções nas compressões, atentar para retorno total do tórax após cada compressão e evitar ventilação excessiva;</li> <li>- Colocar carro de emergência próximo ao leito;</li> <li>- Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;</li> <li>- Atentar e atuar para arritmias cardíacas;</li> <li>- Preparar material para intubação endotraqueal (ver pop nº) e auxiliar no procedimento;</li> <li>- Providenciar acesso venoso periférico e manter acesso com SF 0,9%;</li> <li>- Preparar medicações (inicialmente epinefrina), identificar as seringas – aguardar orientação médica: imediatamente após uso, mantê-las preparadas para nova administração;</li> <li>- Ligar desfibrilador e auxiliar na desfibrilação, se indicado (não esquecer de colocar gel nas pás);</li> <li>- Aspirar secreção oral e traqueal;</li> <li>- Registrar horário da RCP e da administração das medicações;</li> <li>- Manter atuação junto à equipe médica até a recuperação do paciente</li> </ul>		

	ou decisão de interromper a RCP; - Contatar laboratório, RX, se indicado; - Observar nível de consciência; - Providenciar após o término da RCR, a reposição, ordem e limpeza dos materiais utilizados; - Registrar no prontuário as manobras executadas, estado geral do paciente.
<b>Resultado Esperado</b>	- Retorno do paciente nas condições hemodinâmicas, - Recuperar pacientes vítimas de RCP em tempo hábil, evitando danos cerebrais
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao médico plantonista
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

433



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Utilização do bisturi elétrico</b>				
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">434</span>			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Antes do início da cirurgia			
<b>Condições Necessárias</b>	- Bisturi elétrico - Placa de bisturi - Gel condutor			
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Colocar a placa dispersiva (afastada de próteses metálicas) no paciente em área de massa muscular (panturrilha, face posterior da coxa, glúteos) próxima ao sítio cirúrgico. Utilizar gel para aumentar a condutibilidade; - Manter paciente sobre superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa cirúrgica; - Atentar para o risco de combustão quando houver uso de substâncias inflamáveis como antissépticos e anestésicos; - O plug do cabo do bisturi não deve ficar sob o corpo do paciente para não causar lesão de pele devido à pressão - Manter desfibrilador pronto para uso em pacientes portadores de marcapasso			
<b>Resultado Esperado</b>	- Uso do bisturi elétrico com segurança			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a Enfermeira e ao cirurgião			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Assistência de Enfermagem nas Complicações Respiratórias no SRPA</b>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> </ul>			
<b>Onde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SRPA</li> </ul>			
<b>Quando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sempre que o paciente apresentar complicações respiratórias no SRPA</li> </ul>			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxímetria de pulso</li> <li>- O2</li> <li>- Aspirador</li> <li>- Medicações</li> <li>- EPIs</li> <li>- Material de intubação</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência respiratória;</li> <li>- Elevar o decúbito;</li> <li>- Aumentar a oferta de O2;</li> <li>- Solicitar realização de respiração profunda;</li> <li>- Aspirar a secreção orotraqueal;</li> <li>- Administrar medicamentos prescritos;</li> <li>- Providenciar material para intubação e/ou ventilação do paciente, se necessário;</li> <li>- Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente, na Folha de Assistência de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora do quadro respiratório do paciente</li> </ul>			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar ao anestesista e cirurgião</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Assistência de Enfermagem nas Complicações Cardíacas no SRPA</b> <span style="float: right;">486</span>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- SRPA			
<b>Quando</b>	- Sempre que o paciente apresentar complicações cardíacas no SRPA			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização multiparamétrica</li> <li>- Prescrição Médica,</li> <li>- Folha de Registro de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da frequência cardíaca;</li> <li>- Manter paciente normotérmico;</li> <li>- Administrar medicamentos prescritos;</li> <li>- Providenciar material para atendimento de urgência;</li> <li>- Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Registro de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Manutenção e melhora do quadro hemodinâmico do paciente			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao anestesista e ao cirurgião			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>		
<b>437</b>					
<b>Procedimento: Assistência de enfermagem se choque hipovolêmico no SRPA</b>					
<b>Quem</b>	- Enfermeiro - Técnico do Centro Cirúrgico				
<b>Onde</b>	- SRPA				
<b>Quando</b>	- Sempre que o paciente apresentar complicações volêmicas no SRPA				
<b>Condições Necessárias</b>	- Monitorização multiparamétrica - Prescrição Médica, - Folha de Registro de Enfermagem				
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de O <sub>2</sub> ; - Repor líquidos de acordo com prescrição médica; - Elevar membros inferiores; - Providenciar material para atendimento de urgência; - Manter acesso venoso adequado; - Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência da Enfermagem.				
<b>Resultado Esperado</b>	- Manutenção e melhora do quadro hemodinâmico do paciente				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao anestesista e ao cirurgião				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: Assistência de Enfermagem se Hipotermia no SRPA</b>					438
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> </ul>				
<b>Onde</b>	- SRPA				
<b>Quando</b>	- Sempre que o paciente apresentar hipotermia no SRPA				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização multiparamétrica</li> <li>- Prescrição Médica,</li> <li>- Folha de Registro de Enfermagem</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Monitorizar os sinais vitais;</li> <li>- Controlar a temperatura frequentemente;</li> <li>- Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica;</li> <li>- Manter paciente coberto com lençol ou manta;</li> <li>- Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência de Enfermagem</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	- Manutenção e melhora da temperatura corporal do paciente				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao anestesista e ao cirurgião				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Assistência de enfermagem se choque hipovolêmico no SRPA</b> <span style="float: right;">439</span>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- SRPA			
<b>Quando</b>	- Sempre que o paciente apresentar complicações volêmicas no SRPA			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização multiparamétrica</li> <li>- Prescrição Médica,</li> <li>- Folha de Registro de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar os sinais vitais, com ênfase no controle da saturação de O<sub>2</sub>;</li> <li>- Repor líquidos de acordo com prescrição médica;</li> <li>- Elevar membros inferiores;</li> <li>- Providenciar material para atendimento de urgência;</li> <li>- Manter acesso venoso adequado;</li> <li>- Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência da Enfermagem.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Manutenção e melhora do quadro hemodinâmico do paciente			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao anestesista e ao cirurgião			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Assistência de Enfermagem se Hipotermia no SRPA</b>				
440				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico do Centro Cirúrgico</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- SRPA			
<b>Quando</b>	- Sempre que o paciente apresentar hipotermia no SRPA			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização multiparamétrica</li> <li>- Prescrição Médica,</li> <li>- Folha de Registro de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Monitorizar os sinais vitais;</li> <li>- Controlar a temperatura frequentemente;</li> <li>- Administrar soro aquecido, conforme prescrição médica;</li> <li>- Manter paciente coberto com lençol ou manta;</li> <li>- Registrar as observações e os cuidados prestados ao paciente na Folha de Assistência de Enfermagem</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Manutenção e melhora da temperatura corporal do paciente			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar ao anestesista e ao cirurgião			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Solicitação de Material Estéril ao CME</b>			441
<b>Quem</b>	- Enfermeiro - Técnico do Centro Cirúrgico		
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico - CME		
<b>Quando</b>	- Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	- Mapa Cirúrgico		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Verificar no mapa cirúrgico os tipos e a quantidade de cirurgias; - Verificar o estoque de material no arsenal; - Solicitar os materiais ao CME - Receber o material e conferir o pedido; - Armazenar o material de forma adequada.		
<b>Resultado Esperado</b>	- Material adequado aos procedimentos a serem realizados		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		Número	Página
				Revisão	Data
<b>Procedimento: Conferência do Carro de Emergência</b>					
442					
<b>Quem</b>	- Técnico do Centro Cirúrgico - Enfermeiro				
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico				
<b>Quando</b>	- Diariamente, no início de cada serviço diário e noturno				
<b>Condições Necessárias</b>	- Impresso próprio; - Caneta azul e vermelha				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testar o funcionamento do desfibrilador e manter ligada a rede elétrica;</li> <li>- Verificar a quantidade de materiais na caixa de IOT;</li> <li>- Testar o funcionamento do cabo de lâminas de laringoscópio e condições das pilhas;</li> <li>- Checar o funcionamento do marcapasso transcutâneo;</li> <li>- Anotar em impresso próprio o número do lacre do carro de emergência, condições dos aparelhos, quantidade de torpedos e assinatura e COREN do enfermeiro;</li> <li>- Realizar reposição de materiais a cada uso do carro de emergência;</li> <li>- Manter lacrado;</li> <li>- Delegar um técnico nos dias 15 e 30 de cada mês para conferencia de medicações e matérias se atentando para validades;</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir a funcionalidade dos materiais e equipamentos do carro de emergência.</li> <li>- Prestar uma assistência adequada e segura ao cliente durante uma emergência.</li> </ul>				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar reposição das pilhas a secretaria quando necessário;</li> <li>- Solicitar a manutenção e comunicar a Coordenação sempre que teste de desfibrilador não funcionar;</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Númer o</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisã o</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Atribuições do Enfermeiro Administrativo</b>				
<b>Quem</b>	- Enfermeiro Administrativo			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Ao assumir o plantão			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer cumprir as normas e regulamentos da instituição e rotinas da unidade;</li> <li>- Verificar a presença dos funcionários no setor, conferindo faltas, atrasos, licenças, realocando-os, supervisionar a confecção do mapa cirúrgico diário;</li> <li>- Atuar e coordenar atendimentos em situações de emergências;</li> <li>- Identificar os problemas de enfermagem existentes e encaminhar propostas de soluções à Coordenação de Enfermagem;</li> <li>- Zelar pelas condições ambientais de segurança, visando o bem estar do paciente e da equipe interdisciplinar;</li> <li>- Participar do processo de integração e treinamento admissional dos funcionários;</li> <li>- Realizar avaliação de desempenho da equipe de enfermagem conforme norma da instituição;</li> <li>- Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos garantindo o uso correto dos mesmos.</li> <li>- Planejar e executar educação em serviço;</li> <li>- Participar do processo de padronização de materiais / medicações do setor.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Administração efetiva do Centro Cirúrgico			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira Coordenadora			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

443



		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Atribuições do Enfermeiro Assistencial</b>				
<b>Quem</b>	- Enfermeiro Assistencial			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Ao assumir o plantão			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prever e prover o Centro Cirúrgico de recursos humanos e materiais necessários ao atendimento em sala de operação;</li> <li>- Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;</li> <li>- Checar a programação cirúrgica diariamente;</li> <li>- Realizar escala diária de atividades dos funcionários;</li> <li>- Orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de materiais especiais;</li> <li>- Conferir junto as equipes cirúrgicas a necessidade de materiais implantáveis necessários ao procedimento cirúrgico;</li> <li>- Priorizar o atendimento aos pacientes de acordo com o grau de complexidade clínico e cirúrgico;</li> <li>- Checar materiais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico;</li> <li>- Manter ambiente cirúrgico seguro tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional;</li> <li>- Recepcionar o paciente no Centro Cirúrgico, certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios do Centro Cirúrgico, prontuário e exames pertinentes ao ato cirúrgico;</li> <li>- Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica, certificando-se do correto posicionamento de cateteres, sondas e drenos;</li> <li>- Colaborar no ato anestésico, caso haja necessidade;</li> <li>- Realizar sondagem vesical (de acordo com o POP);</li> <li>- Prestar assistência ao término do procedimento cirúrgico e anestésico;</li> <li>- Realizar e / ou auxiliar na realização do curativo cirúrgico (de acordo com o protocolo de curativos)</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Assistência efetiva em sala cirúrgica e centro cirúrgico			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira Administrativa			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

444

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Atribuições do Técnico de Enfermagem na Assistência Perioperatória</b>				
<b>Quem</b>	- Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Ao assumir o plantão			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conferir o material cirúrgico;</li> <li>- Testar instrumentos cirúrgicos eletrônicos</li> <li>- Auxiliar nas intervenções cirúrgicas, dispor os instrumentos cirúrgicos sobre a mesa apropriada;</li> <li>- Auxiliar o cirurgião, o anestesista e a enfermeira durante procedimentos médicos, cirúrgicos e anestésicos;</li> <li>- Fazer anotações no prontuário das observações e cuidados prestados;</li> <li>- Controlar os sinais vitais de acordo com o protocolo da unidade;</li> <li>- Executar tratamentos diversos tais como: lavagens, aspirações, nebulizações e outros de acordo com a prescrição médica;</li> <li>- Fazer asseios nos pacientes quando necessário</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Assistência efetiva em sala cirúrgica e centro cirúrgico			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>446</b>			
<b>Procedimento: Atribuições do Instrumentador Cirúrgico</b>			
<b>Quem</b>	- Instrumentador Cirúrgico		
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico		
<b>Quando</b>	- Diariamente		
<b>Condições Necessárias</b>	Ao entrar em campo cirúrgico		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor o instrumental cirúrgico sobre a mesa apropriada;</li> <li>- Testar o funcionamento de instrumentais</li> <li>- Lubrificar o instrumental cirúrgico para conservação das articulações dos mesmos;</li> <li>- Prever os materiais esterilizados para o ato cirúrgico, tais como: luvas, gases, fios, drenos, compressas, etc.;</li> <li>- Separar os instrumentais com defeitos e entregar ao enfermeiro responsável para reparos;</li> <li>- Passar para a mão do cirurgião, os instrumentos para facilitar o desempenho funcional;</li> <li>- Auxiliar a remoção do paciente, da mesa cirúrgica para a maca;</li> <li>- Fazer limpeza da mesa e material utilizado, retirando o instrumental e colocando a sala em ordem para cirurgia posterior;</li> <li>- Limpeza, preparo e esterilização do material no CME para cirurgias posteriores</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Auxiliar cirurgião e zelar pelo material consignado, observando e seguindo as rotinas da Instituição		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>	447
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>	
<b>Encaminhamento dos Instrumentais, Roupas Sujas e Resíduos Infectantes</b>					
<b>Quem</b>	- Técnico de Enfermagem - Equipe de limpeza				
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico				
<b>Quando</b>	- Sempre que necessário				
<b>Condições Necessárias</b>	- EPIs - Hamper - Sacos de transporte de roupa - Lixeiras identificadas				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O material a ser esterilizado na CME deve ser acondicionado em recipiente resistente à perfuração, observando os cuidados para evitar acidentes com materiais perfuro cortantes (Ex.: pinças fechadas e bisturi sem a lâmina);</li> <li>- Os resíduos sólidos devem ser descartados em sacos plásticos próprios, sem extravasamento de material ou líquido, mantendo a superfície externa limpa;</li> <li>- Os materiais perfuro cortantes devem ser desprezados em coletores especiais;</li> <li>- As roupas sujas devem ser acondicionadas em sacos plásticos especiais, evitando o extravasamento de líquidos e mantendo limpa a superfície externa do saco coletor;</li> <li>- O transporte de resíduos sólidos e de roupa suja deve ser feito em carrinhos próprios e fechados.</li> <li>- O recolhimento da roupa e dos resíduos deve ser feito em frequência que não permita o acúmulo excessivo</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	- Transporte adequado de instrumental, roupas sujas e resíduos infectantes sólidos				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Atribuições da Secretaria Administrativa</b>					
<b>Quem</b>	- Secretária				
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico				
<b>Quando</b>	- Diariamente				
<b>Condições Necessárias</b>	Ao assumir o plantão				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pedidos de materiais de consumo e medicamentos</li> <li>- Auxiliar na organização do setor e de impressos;</li> <li>- Prestar atendimento telefônico;</li> <li>- Realizar digitação de comunicados, escalas, estatística mensal e semanal, etc.;</li> <li>- Providenciar cópia de impressos necessários ao setor.</li> <li>- Realizar pedidos de materiais de consumo e medicamentos;</li> <li>- Organizar, protocolar e encaminhar as peças para exame anatomopatológico, citologia e genética;</li> <li>- Realizar qualquer atividade administrativa que se fizer necessária.</li> <li>- Emitir relatório mensal do censo cirúrgico à coordenação de enfermagem e ao setor de faturamento;</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	- Assistência adequada nos procedimentos administrativos do setor				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Alta do paciente do centro cirúrgico</b>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico</li> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Técnico de enfermagem</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- Centro Cirúrgico			
<b>Quando</b>	- Após o procedimento cirúrgico e liberação do anestesista.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição Cirúrgica ou Relatório de Cirurgia em duas vias</li> <li>- Prescrição Médica em duas vias</li> <li>- Ficha de Anestesia</li> <li>- Ficha do CRPA assinada pelo anestesista e enfermeiro</li> <li>- Folha de Enfermagem</li> <li>- Relatório de Alta e Ficha de Antimicrobiano</li> <li>- Nota de Sala e OPME</li> <li>- AIH</li> <li>- RX de controle</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar em prontuário: prescrição médica, relatório de cirurgia, folha de anestesia, AIH, folha de enfermagem, ficha do CRPA, nota de sala uma via e folha de OPME, Raio x de controle, relatório de alta e ficha de antimicrobiano, se houver.</li> <li>- Preencher protocolo de alta de acordo com enfermagem descrevendo os impressos feitos no centro cirúrgico, com nome do paciente e data do procedimento.</li> <li>- Realizar evolução de enfermagem do paciente em POI e setor de encaminhamento.</li> <li>- Informar à unidade que irá receber o paciente, passando as condições do mesmo e quando encaminhado para UTI passar plantão completo.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o registro dos impressos necessários para confirmação e validação dos procedimentos.</li> <li>- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem.</li> </ul>			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Comunicar a enfermeira			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>		
<b>Procedimento: Recebimento de Artigos Sujos no CME</b>					
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de Enfermagem (do CME e das unidades)</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>				
<b>Onde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CME e unidades</li> </ul>				
<b>Quando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao receber materiais sujos no CME</li> </ul>				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresso de Recebimento/Devolução de Artigos</li> <li>- Luvas de procedimento não estéril</li> <li>- Caixa plástica com tampa</li> <li>- Saco plástico</li> <li>- Máscara</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolher os artigos sujos, conferir o número de peças</li> <li>- Separar artigos por tipo: instrumental pesado, material respiratório, elétricos, vidros e delicados</li> <li>- Acondicionar em caixa plástica com tampa, lavar as mãos e registrar em ocorrência</li> <li>- Encaminhar para o expurgo do CME</li> <li>- Assinar legível no ato da entrega do material</li> <li>- Receber artigos sujos, conferir a quantidade de peças e conferir com a identificação</li> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Separar os artigos por tipo e método de limpeza, reservando os delicados</li> <li>- Iniciar o processo de limpeza o mais rápido possível</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber os artigos sujos de forma segura, controlada e com qualidade</li> <li>- Separar os artigos por tipo antes da limpeza</li> </ul>				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfuro cortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Limpeza Manual de Artigos Sujos no CME</b>			451
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>		
<b>Onde</b>	- Sala de limpeza do CME		
<b>Quando</b>	- Ao receber materiais sujos no CME		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escovas de cerdas de dimensões e diâmetros variados</li> <li>- Solução de limpeza padronizada</li> <li>- Esponjas</li> <li>- Caixas plásticas para solução de limpeza</li> <li>- Pistolas de água com bicos adaptáveis e seringas</li> <li>- EPIs: Avental impermeável, óculos de proteção, gorro, sapato fechado antiderrapante, luvas de borracha, protetor auricular, máscara e óculos</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar solução de limpeza de acordo com a recomendação do fabricante, datando e assinando em local visível, observando sempre a necessidade de troca,</li> <li>- Lavar as escovas reutilizáveis a cada período, observando as condições de uso</li> <li>- Receber e separar os artigos de acordo com o padrão</li> <li>- Fazer limpeza prévia no instrumental com jatos de água para a retirada de matéria orgânica, caso necessário,</li> <li>- Imergir os artigos na solução de limpeza padronizada, observando se todos os espaços estão preenchidos, pelo tempo recomendado pelo fabricante,</li> <li>- Friccionar os instrumentos sob água, para evitar aerossóis de microorganismos</li> <li>- Nos tubulares utilizar preferencialmente pistola com jatos de água quente ou seringa para retirada de sujidade interna</li> <li>- Nos artigos elétricos, a limpeza deve ser feita com compressas embebidas na solução de limpeza com posterior limpeza com compressa úmida por, no mínimo, duas vezes. Não submergir</li> <li>- Fazer o último enxágue em água desmineralizada, deionizada ou de osmose reversa</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remover contaminantes orgânicos e inorgânicos</li> <li>- Remover a sujidade visível dos artigos</li> <li>- Reduzir a carga microbiana natural dos artigos</li> </ul>		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade com os artigos (presença de perfuro cortante, falta de peças, incompleto ou quebrado) ou de acidente de trabalho, comunicar a enfermeira e registrar em ocorrência.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Secagem dos Artigos após Limpeza Manual</b>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- Sala de preparo do CME			
<b>Quando</b>	- Após realizar limpeza manual dos artigos			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pistola de ar comprimido</li> <li>- Campos de algodão</li> <li>- Óculos de proteção</li> <li>- Máscara</li> <li>- Protetor auricular</li> <li>- Luvas de procedimento não estéril</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secar os instrumentos com compressa limpa ou pistola de ar comprimido, observando a presença de sujidade</li> <li>- Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</li> <li>- Separar artigos defeituosos, identificando com uma fita o tipo de defeito e a data</li> <li>- Lubrificar artigos quando necessário</li> <li>- Secar os artigos tubulares com ar comprimido, protegendo o local de saída de ar com uma compressa ou gaze para evitar aerossóis de microorganismos e observar o nível de limpeza</li> <li>- Secar os artigos delicados com compressa, cuidadosamente, protegendo as pontas, quando houver</li> <li>- Secar os artigos de assistência respiratória com compressa ou ar comprimido</li> <li>- Conferir novamente o quantitativo de peças</li> <li>- Separar por tipo de acordo com o padrão de preparo e encaminhar para a área de preparo e embalagem</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Secar os artigos limpos de forma segura e com qualidade			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o artigo apresentar sujidade deve ser realizado novamente o processo de limpeza do mesmo</li> <li>- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Desinfecção de Artigos não críticos com álcool a 70%</b>			453
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME e do centro cirúrgico</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>		
<b>Onde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de preparo do CME ou do centro cirúrgico</li> </ul>		
<b>Quando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após realizar limpeza manual dos artigos</li> </ul>		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compressa não estéril</li> <li>- Álcool a 70%</li> <li>- Luvas de procedimento não estéril</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secar o material</li> <li>- Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</li> <li>- Conferir novamente o quantitativo de peças</li> <li>- Aplicar álcool a 70% em toda superfície do material com uma compressa não estéril</li> <li>- Após a desinfecção com álcool, separar, identificar, embalar e armazenar em local adequado</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar desinfecção de artigos não críticos com álcool a 70% de forma segura e com qualidade</li> </ul>		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis</li> </ul>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Preparo de instrumental cirúrgico</b>			
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>		454
<b>Onde</b>	- Sala de preparo do CME		
<b>Quando</b>	- Após realizar limpeza dos artigos		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecido de algodão e papel grau cirúrgico</li> <li>- Integradores químicos</li> <li>- Fita adesiva branca e fita teste para autoclave</li> <li>- Compressa não estéril</li> <li>- Luvas de procedimento não estéril</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</li> <li>- Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada e conferir novamente o quantitativo de peças</li> <li>- Montar as caixas e pacotes</li> <li>- Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campo duplo de acordo com o tamanho, demais pacotes podem ser feitos no papel grau cirúrgico</li> <li>- Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote</li> <li>- Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau cirúrgico</li> <li>- Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos</li> <li>- Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave. Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa</li> <li>- Instrumental embalado e esterilizado em tecido de algodão tem validade de 07 dias</li> <li>- Instrumental embalado e esterilizado em papel grau tem validade de 03 meses</li> <li>- Encaminhar para a esterilização em autoclave</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Preparo de material de consumo (compressas, ataduras, faixas de Smarch, algodão ortopédico e malha tubular)</b>			
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>		
<b>Onde</b>	- Sala de preparo do CME		
<b>Quando</b>	- Após receber material do almoxarifado ou da sala de limpeza (apenas no caso da faixa de Smarch)		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel grau cirúrgico</li> <li>- Atadura não estéril</li> <li>- Faixa de Smarch</li> <li>- Malhar tubular</li> <li>- Algodão ortopédico</li> <li>- Compressa não estéril</li> <li>- Luvas de procedimento não estéril</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Retirar os produtos das embalagens originais</li> <li>- Inspeccionar a funcionalidade e qualidade do material</li> <li>- Separar material não adequado para esterilização</li> <li>- Montar kits com 05 compressas para formar um pacote e embalar em papel grau</li> <li>- Preparar a malha tubular, cortando um tamanho de aproximadamente 01 metro e meio, enrolar e deixar pontas livres e de fácil acesso</li> <li>- Testar funcionalidade da faixa de Smarch em caso de reprocessamento, enrolar a faixa e embalar com uma gaze para manter a faixa enrolada</li> <li>- Montar pacotes individuais de atadura, malha tubular, algodão ortopédico e faixa de Smarch no papel grau</li> <li>- Todos os pacotes devem estar identificados com data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou o pacote</li> <li>- Encaminhar para a esterilização em autoclave</li> <li>- Encaminhar compressas não adequadas para esterilização para sala de limpeza</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Preparo adequado e seguro do material de consumo		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: Preparo de material termossensível para ser encaminhado para empresa de esterilização externa</b>					
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>				
<b>Onde</b>	- Sala de preparo do CME				
<b>Quando</b>	- Após receber material da sala de limpeza				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresso de encaminhamento do material</li> <li>- Sacos plásticos</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</li> <li>- Separar e conferir os instrumentos</li> <li>- Conferir novamente o quantitativo de peças</li> <li>- Separar e embalar em sacos plásticos o material a ser encaminhado</li> <li>- Identificar em impresso próprio o material a ser encaminhado e sua quantidade</li> <li>- Encaminhar para a esterilização externa</li> <li>- Materiais a serem encaminhados: canetas de bisturi, umidificador, cânula de Guedel, material de fisioterapia respiratória, ambú, cabo de fibra ótica, ótica, pinças e instrumentos de artroscopia, cabo de Shaver, ponteira de radio frequência, bateria de trépano ortopédico e lâminas de Shaver (que só devem ser reprocessadas no máximo 3 vezes).</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	- Preparo e encaminhamento adequado do material a ser esterilizado externamente				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

456

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>457</b>			
<b>Procedimento: Preparo de material de cirurgião e consignado</b>			
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Instrumentadores cirúrgicos das empresas de materiais consignados</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>		
<b>Onde</b>	- Sala de preparo do CME		
<b>Quando</b>	- Após recebimento de material limpo ou após realizar limpeza dos artigos		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecido de algodão e papel grau cirúrgico</li> <li>- Integradores químicos</li> <li>- Fita adesiva branca e fita teste para autoclave</li> <li>- Compressa não estéril e luvas de procedimento não estéril</li> <li>- Protocolo de recebimento e retirada de material do cirurgião e consignado</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Testar a funcionalidade e resistência dos artigos</li> <li>- Separar e conferir as pinças e instrumentos conforme a caixa a ser preparada</li> <li>- Montar as caixas e pacotes</li> <li>- Enrolar caixas e instrumentos densos e pesados com tecido de campo duplo de acordo com o tamanho</li> <li>- Demais pacotes podem ser feitos no papel grau</li> <li>- Caixas e bandejas devem ser forradas com tecido de algodão ou compressas não estéreis de acordo com as dimensões do pacote</li> <li>- Se houver instrumental com ponta que possa romper o papel grau, fazer embalagem dupla de papel grau</li> <li>- Colocar um integrador químico em cada pacote de instrumental, exceto em pacotes pequenos</li> <li>- Fechar as caixas com tecidos e com fita branca adesiva e fita teste para autoclave</li> <li>- Todos os pacotes devem estar identificados com nome da caixa, quantidade de peças, cor da marcação do instrumental, nome do cirurgião (quando for o caso), data de preparo e de validade, ciclo de esterilização da autoclave e o nome de quem preparou a caixa</li> <li>- Toda movimentação (recebimento e retirada) deve ser registrado em protocolo</li> <li>- Encaminhar para a esterilização em autoclave</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Preparo adequado e seguro do instrumental cirúrgico		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Arrumação de Carga para Esterilização a Vapor</b>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>			
<b>Onde</b>	- Sala de esterilização do CME			
<b>Quando</b>	- Após o preparo do material			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caixas, bandejas e outros artigos devidamente embalados</li> <li>- Rack com cestos aramados e carrinho da Autoclave</li> <li>- Impresso de Controle de Cargas das Autoclaves</li> <li>- Impresso de Monitorização da Esterilização</li> <li>- Caneta</li> <li>- Luvas protetoras</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavas as mãos</li> <li>- Checar identificação dos pacotes</li> <li>- Utilizar somente 80% da capacidade da câmara interna, para facilitar a circulação do vapor entre os pacotes, estando estes a pelo menos 2,5 cm de distância uns dos outros</li> <li>- Não permitir que os pacotes toquem as paredes, piso ou teto da Autoclave</li> <li>- Organizar a carga com pacotes de maior tamanho na parte inferior do rack e os mais leves na parte superior</li> <li>- Posicionar bacias, frascos, cubas e outros artigos que tenham concavidade com abertura voltada para baixo, para facilitar escoamento de condensado</li> <li>- Quando for carga de material implantável, posicionar o teste desafio na direção do dreno da Autoclave</li> <li>- Registrar todos os ciclos nos impressos próprios de controle e monitorização</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	- Esterilização efetiva e segura em Autoclave			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

458

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Teste biológico e Teste biológico Desafio</b>			
<b>Quem</b>	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		459
<b>Onde</b>	- Sala de esterilização do CME		
<b>Quando</b>	- Primeiro ciclo de esterilização do dia e ciclos de material implantável		
<b>Condições Necessárias</b>	- Pacote Pronto de teste biológico - Ampola de controle do teste biológico - Incubadora - Cesto Inox - Impresso de registro do teste biológico - Luvas de proteção		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Identificar o teste biológico colocando o número da Autoclave e data - Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno - Realizar o ciclo normalmente - Retirar o pacote pronto após resfriamento - Abrir o pacote, retirar a ampola do teste, incubar junto com a ampola piloto - Retirar o indicador químico e registrar no impresso próprio, identificando a carga - Após incubação, registrar o resultado na folha de monitoramento - O teste biológico deve ser realizado sempre na primeira carga do dia e nas cargas de material implantável - Liberar a carga após a leitura do resultado do teste, que acontece após 3 horas de incubação das ampolas		
<b>Resultado Esperado</b>	- Teste biológico e teste biológico desafio realizado com segurança e resultado satisfatório		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Teste Bowie &amp; Dick</b>			
<b>Quem</b>	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		460
<b>Onde</b>	- Sala de esterilização do CME		
<b>Quando</b>	- Ciclo antes da primeira carga de esterilização do dia		
<b>Condições Necessárias</b>	- Pacote Pronto de teste B&D - Cesto Inox - Impresso de registro do teste B&D - Luvas de proteção		
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Identificar o teste B&D colocando o número da Autoclave e data - Colocar o pacote pronto de teste B&D no cesto inox - Posicionar o cesto inox no local mais próximo do dreno e com a Autoclave vazia - Realizar o ciclo programado a 134º C por 3,5 minutos sem o processo de secagem - Retirar o pacote pronto após resfriamento - Abrir o pacote, retirar a folha de teste B&D, verificando se o resultado foi satisfatório ou não - Registrar o resultado na folha de monitoramento e na ocorrência - Complementar os dados de identificação na folha de monitoramento		
<b>Resultado Esperado</b>	- Teste Bowie & Dick realizado com segurança e resultado satisfatório		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de resultado não satisfatório, comunicar imediatamente a Enfermeira e não realizar nenhum ciclo na Autoclave		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Manuseio da Autoclave</b>			
<b>Quem</b>	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		461
<b>Onde</b>	- Sala de esterilização do CME		
<b>Quando</b>	- Manuseio da Autoclave 01		
<b>Condições Necessárias</b>	- Luvas de proteção		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir manualmente a porta da autoclave até o final permitindo que o SENSOR DE PORTA ABERTA que fica na parte inferior do equipamento identifique o início do processo</li> <li>- Montar a carga conforme necessidade do setor</li> <li>- Fechar a porta manualmente até vedar totalmente a porta, permitindo que o SENSOR DE PORTA FECHADA identifique essa etapa</li> <li>- Selecionar no painel o comando PORTA, em seguida o comando FECHAR e em seguida o comando OK</li> <li>- Aguardar aproximadamente 15 segundos para o ponteiro de PRESSÃO DE AR NA REDE e o ponteiro de AR NA GUARNIÇÃO NA PORTA subirem até atingir calibração. Observar neste momento um disparo (um som) de IMPACTO na porta</li> <li>- Em seguida selecionar o ciclo desejado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 06 para Instrumental (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 20 mim)</li> <li>• 10 para Bowie &amp; Dick (tempo de esterilização: 04 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 01 mim)</li> <li>• 11 para carga Mista (tempo de esterilização: 05 mim; temperatura: 134°C e tempo de secagem: 15 mim)</li> </ul> </li> <li>- Seleciona o comando PARTIDA</li> <li>- Todos os ciclos operam com o seguinte: tempo de vácuo: 10 segundos e número de pulsos de vácuo: 04 pulsos</li> <li>- Ao término do ciclo, é dado um alarme sonoro e visual, e o operador deverá acionar o comando OK</li> <li>- Esperar alguns segundos e abrir até o meio da porta</li> <li>- Retirar o material esterilizado com segurança</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Manuseio seguro da Autoclave		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	


	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Manuseio da Autoclave</b>			
			462
<b>Quem</b>	- Técnicos de enfermagem do CME - Enfermeira do CME		
<b>Onde</b>	- Sala de esterilização do CME		
<b>Quando</b>	- Manuseio da Autoclave 02		
<b>Condições Necessárias</b>	- Luvas de proteção		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ligar a autoclave ativando o botão LIGA-DESLIGA (ON/OFF)</li> <li>- Abrir a porta pressionando uma vez o comando ABRE PORTA</li> <li>- Carregar a autoclave manualmente ou através de carro interno, com o material a ser esterilizado</li> <li>- Aguardar a pressão na câmara externa atingir 2,0 (JAQUETA)</li> <li>- Fechar a porta pressionando e segurando o comando FECHAR PORTA até que a porta feche totalmente</li> <li>- Selecionar o comando INICIAR CICLO</li> <li>- Escolher entre as opções: B&amp;D, TECIDOS ou INSTRUMENTOS</li> <li>- Após a seleção de um dos ciclos, pressionar o botão INICIAR para continuar, aparecerá a tela de INSERÇÃO DE CÓDIGO DO OPERADOR, selecionar 1111 e confirmar o código apertando ENTER</li> <li>- Selecionar o tipo de carga padronizando como CESTOS</li> <li>- Selecionar o botão INICIAR</li> <li>- Após iniciar o ciclo aparecerá uma tela mostrando as fases do ciclo de esterilização</li> <li>- Se o ciclo for encerrado regularmente, será disposta a tela de FIM DE CICLO</li> <li>- Deve ser apertado em qualquer ponto da tela para retorno ao menu principal e selecionar ABRE PORTA</li> <li>- Ao término da esterilização é dado um alarme sonoro e visual</li> <li>- Aguardar alguns segundos e abrir a porta</li> <li>- Retirar o material esterilizado com segurança</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	- Manuseio seguro da Autoclave CISA		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Armazenamento e distribuição de material estéril</b>				
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">463</span>				
<b>Quem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicos de enfermagem do CME</li> <li>- Enfermeira do CME</li> </ul>			
<b>Onde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de esterilização do CME</li> </ul>			
<b>Quando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após esterilização do material e do preparo com álcool a 70% dos artigos não críticos</li> </ul>			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estantes e caixas plásticas com tampa</li> <li>- Sacos plásticos</li> <li>- Protocolo de distribuição e entrega</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos</li> <li>- Após esterilização realizar armazenamento dos materiais no arsenal, respeitando tamanho e peso (mais pesados, embaixo e mais leves, em cima)</li> <li>- Respeitar a organização pré-estabelecida</li> <li>- Deixar identificações visíveis para facilitar a distribuição</li> <li>- Registrar no protocolo de distribuição e entrega a saída de materiais em menor quantidade e maior demanda (trépanos, caixas de mão, de pé, ortopedia delicada, material de artroscopia, material de cirurgião e cirurgião dentista)</li> <li>- Atender as demandas das unidades sempre que possível</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rastreamento do material e entrega adequada do material estéril para as unidades</li> </ul>			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caso de não conformidade comunicar a Enfermeira para tomada de providências cabíveis</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página	464
			Revisão	Data	
<b>Procedimento: ADMISSÃO DE ENFERMAGEM</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Cedido vaga da enfermaria para outra instituição hospitalar				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 cama hospitalar,</li> <li>- 01 termômetro, 01 glicosímetro, 01 tensiômetro e 01 estetoscópio,</li> <li>- 02 lençóis, 01 travessa de tecido, 01 roupa hospitalar e 01 cobertor</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p><b>ENFERMEIRO:</b></p> <p>01- Checar se o leito informado pelo gerenciamento de leitos está higienizado e arrumado,          02- Ligar para internamento autorizando a admissão do paciente, após o leito está arrumado,          03- Receber o paciente no leito e realizar exame físico do paciente no sentido cefaloplantar,          05- Fazer o histórico do paciente,          06-Orienta-lo quanto às rotinas hospitalares,          07- Observar presença de dispositivos para possível troca, devido à infecção hospitalar,          08- Caso o paciente esteja em uso de oxigênio, conectá-lo à rede de gases fixa no leito,          09- Caso o paciente esteja traqueostomizado, observar a correta fixação da cânula,          10- Conferir se o eletrocardiograma foi realizado no ambulatório, caso contrário fazer na enfermaria,          11- Realizar admissão de enfermagem em formulário próprio,          12- Fazer o aprazamento da prescrição e encaminhar a segunda via para a farmácia,          13- Observar solicitação de exames e encaminhar cada um para o local apropriado,          14- Guardar no prontuário todos os documentos de internação, assim como os RX na pasta referente ao leito do paciente.</p> <p><b>TÉCNICO DE ENFERMAGEM:</b></p> <p>01-Receber o paciente no leito,          02-Realizar todos os sinais vitais e anotar em formulário próprio,          03-Fazer troca do acesso venoso periférico, identificando corretamente a data do novo acesso e disponibilizar a roupa hospitalar para o paciente.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Recebimento do paciente na unidade da enfermaria de forma segura e organizada.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Atender à demanda.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		POP PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
				Revisão	Data
<b>Procedimento: ARRUMAÇÃO DO PRONTUÁRIO</b>					
<b>Quem</b>	Equipe Multiprofissional				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Diariamente				
<b>Condições Necessárias</b>	✓ Checklist e Prontuário.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar as folhas no prontuário de cada paciente obedecendo a seguinte ordem:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capa (com identificação do paciente: nome, reg. e leito);</li> <li>- Contracapa (ficha da internação domiciliar) anexada à capa do prontuário;</li> <li>- Comunicado de OPME (da empresa que ofereceu o material de ortopedia);</li> <li>- Ficha Social (registro de serviço social);</li> <li>- Laudo da solicitação de AIH;</li> <li>- Relatório de Operação, Registro Transoperatório e Ficha de anestesia (evolução durante o ato cirúrgico);</li> <li>- Exames e Raio x.</li> <li>- Evoluções Médicas, Prescrições Médicas e Relatório de alta;</li> <li>- Evoluções de Enfermagem.</li> </ul> </li> <li>• Retirar no final da semana as folhas, já utilizadas totalmente, colocando na pasta de excesso identificado para cada paciente;</li> <li>• Manter todos os impressos organizados, seguindo a ordem de arrumação;</li> <li>• No momento da alta arrumar todas as folhas do prontuário e os excessos na ordem;</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	Organização no setor.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenadora.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	466
<b>Procedimento: DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Quando necessário.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicação;</li> <li>✓ Prescrição médica;</li> <li>✓ Sacos plásticos.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Esvaziar o box do paciente, após a alta, transferência ou óbito;</li> <li>3. Separar as medicações em sacos isolados, um para cada paciente;</li> <li>4. Listar todas as medicações a serem devolvidas em bloco com 2 (duas) vias;</li> <li>5. Encaminhar à farmácia.</li> </ol>				
<b>Resultado Esperado</b>	Não existir sobra de medicação.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a enfermeira.				
<b>Elaborado por:</b>	Aprovado por:				

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: PASSAGEM DE PLANTÃO</b>				
				
<b>Quem</b>	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Censo de paciente Prontuário Ocorrências			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir a equipe de enfermagem do turno com a equipe do turno seguinte;</li> <li>2. Anunciar o nome de cada paciente obedecendo a sequência dos leitos;</li> <li>3. Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem faz o relato das ocorrências relacionadas a cada paciente no turno, chamando atenção aos pontos mais importantes;</li> <li>4. Enfermeiro faz orientações da assistência de enfermagem aos pacientes de acordo com o planejamento feito, necessidades e problemas por eles apresentados;</li> <li>5. Enfermeiro notifica problemas administrativos ocorridos durante o turno e soluções tomadas;</li> <li>6. Enfermeiro levanta problemas administrativos que não foram solucionados de imediato e quais encaminhamentos deverão ser tomados;</li> <li>7. Comunicar exames realizados e/ou pendentes;</li> <li>8. Solicitações feitas aos demais serviços, nutrição, manutenção etc.</li> </ol>			
<b>Resultado Esperado</b>	Assistência de qualidade com resolutividade.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenadora.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: LAVAGEM INTESTINAL</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermarias		
<b>Quando</b>	Solicitado na prescrição médica		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, sonda retal, enema glicerinado, luvas de procedimento, cuba rim, gases, gel hidrossolúvel, papel higiênico, impermeável, comadre, biombo, toalha de banho, suporte de soro, máscara.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Conferir prescrição médica; higienizar as mãos; separar a bolsa de enema com a solução e o cateter retal apropriado; adaptar o equipo de soro ao frasco da solução a ser utilizada; preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo; calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;</p> <p>Explicar o procedimento ao paciente, isolar o leito com biombo, forrar o leito com o impermeável, colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa sem travesseiro e cobrir o paciente com a toalha de banho, expondo apenas a área retal, visualizando claramente o ânus;</p> <p>Administrar o enema:</p> <p>1. Bolsa/frasco de enema: pendurar o frasco da solução no suporte de soro; conectar o equipo da solução à sonda retal preenchendo-a com a solução e pinçar o equipo; lubrificar a sonda retal.</p> <p>- Gentilmente separar as nádegas e localizar o ânus. Instruir o paciente a relaxar respirando vagarosamente pela boca; introduzir suavemente a sonda retal, apontando a extremidade na direção do umbigo; instilar gradualmente a solução.</p> <p>- Interromper a administração por um breve período, caso ocorra espasmo; pinçar o equipo depois que toda solução for instilada.</p> <p>2. Bisnaga de fleetenema: remover a tampa plástica da extremidade que introduz no reto e lubrificá-la; separe as nádegas e localize o reto. Instruir o paciente a relaxar expirando o ar pela boca; inserir a extremidade do frasco delicadamente no reto (ver recomendações); comprimir o conteúdo da bisnaga e solicitar ao paciente que respire profundamente quando tiver desejo de evacuar.</p> <p>Retirar a sonda retal ao término da infusão do líquido; pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível; ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer a comadre, elevando a cabeceira do leito; ajudar o paciente na higiene, se necessário, e deixá-lo confortável; deixar o ambiente em ordem e limpo;</p> <p>Encaminhar todo o material permanente ao expurgo, retirar as luvas e higienizar as mãos;</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Aliviar distensão abdominal e flatulências, constipação intestinal, preparar pacientes para cirurgias, exames radiológicos e endoscópicos.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Nos tumores de intestino e reto, diverticulite, ou quando apresentar resistência na introdução da sonda retal, hemorragia suspeita de apendicite, hérnia estrangulada.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>		<b>Data</b>
<b>Procedimento: EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Diariamente				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresso de evolução de enfermagem e caneta,</li> <li>- Prontuário do paciente a ser evoluído.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Os dados a seguir deverão ser descritos na folha de evolução de enfermagem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Data, hora.</li> <li>2- Sujeito, idade e tempo de internação.</li> <li>3- Diagnóstico médico,</li> <li>4- Discriminação sequencial do estado geral, considerando: neurológico, respiratório e hemodinâmico, observando o uso de drogas que possam inferir nesses dados.</li> <li>5- Exame físico céfalocaudal, destacando as alterações e evoluções diárias.</li> <li>6- Dispositivo em uso como: sondas, cateteres, drenos, fixadores e etc. dando ênfase aos seus aspectos funcionais.</li> <li>7- Sono e aceitação da dieta.</li> <li>8- Eliminações intestinais e vesicais relatando suas frequências, aspectos e quantidades, assim como medicações em uso que possa induzi-las.</li> <li>9- Resultados de exames referentes ao quadro clínico do paciente.</li> <li>10- Eventuais pendências como: exames, jejum, cirurgias, avaliação com outros profissionais, transfusão de hemoderivados e etc..</li> <li>11- Assinatura e COREN do profissional.</li> </ol> <p>Obs.: Para elaborar a evolução de enfermagem o enfermeiro deve consultar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A evolução e prescrição médica e de enfermagem do dia anterior,</li> <li>- As anotações de enfermagem do dia anterior como: cuidados prestados, possíveis intercorrências, sinais vitais, balanço hídrico, procedimentos realizados e etc.,</li> <li>- Os pedidos e resultados de exames laboratoriais e complementares,</li> <li>- Realizar entrevista e exame físico completo,</li> <li>- Avaliar as condições clínicas do paciente observando sua hemodinâmica.</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	Evolução e intercorrências no paciente nas 24 horas.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Em caso de qualquer anormalidade com o paciente, anotar na folha de anotação de enfermagem.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES – VIA AURICULAR</b> <span style="float: right;">470</span>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	No Horário prescrito pelo profissional médico.				
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja; Medicamento prescrito; Conta-gotas; Gaze, bola de algodão ou cotonete.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>           Checar prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;            Lavar as mãos;            Levar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente;            Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação;            Explicar o procedimento;            Inclinar a cabeça do paciente lateralmente;            Avaliar necessidade de limpeza da cavidade auricular, para melhor administração do medicamento. Se necessário realizar com cotonete superficialmente;            Retirar, através de conta-gotas, a medicação prescrita;            Entreabrir a orelha e pingar a medicação, evitando que o conta-gotas toque o orifício interno do ouvido. No adulto, puxar com delicadeza o pavilhão da orelha para cima e para trás, a fim de retificar o conduto auditivo. Na criança, puxar para baixo e para trás;            Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;            Lavar as mãos;            Fazer as anotações no plano de cuidado e checar o que foi administrado.         </p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e a administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso paciente negar-se a receber o tratamento medicamentoso via auricular, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES - VIA OCULAR</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		471
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<b>Bandeja contendo:</b> colírio/pomada; conta-gotas; algodão, gaze ou lenço de papel; espátula;		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p><b>Aplicação do colírio:</b> checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação; lavar as mãos; levar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente; perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação; explicar o procedimento; posicionar o paciente com a cabeça um pouco defletida; afastar com o polegar a pálpebra inferior, com auxílio do lenço/ gaze, expondo o fornix inferior; solicitar ao paciente que olhe para cima e instilar a medicação no ponto médio do fundo do saco conjuntival; orientar o paciente a fechar a pálpebra sem força excessiva para não ocorrer perda do medicamento; enxugar o excesso de líquido com gaze/ lenço de papel; deixar o paciente confortável e a unidade em ordem; lavar as mãos; fazer as anotações no prontuário. <b>Aplicação da pomada:</b> afastar a pálpebra inferior com o polegar; colocar cerca de 2 cm de pomada com o auxílio de uma espátula ou a própria bisnaga; após a aplicação, solicitar ao paciente que feche lentamente as pálpebras e faça movimentos giratórios do globo ocular; com auxílio do algodão ou lenço de papel, retirar o excesso de pomada e fazer uma pequena fricção sobre o olho, para que a medicação se espalhe; ocluir o olho com monóculo, quando indicado.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso paciente negar-se a receber o tratamento medicamentoso via ocular, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Preparo e Administração de Medicamentos – VIA ENDOVENOSA</b> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">472</span>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.				
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja contendo: medicamento prescrito, seringa relativa à quantidade de medicação a ser administrada, agulha 40x12 ou 30x8, álcool à 70% e bola de algodão.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>01- Checar prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;</p> <p>02- Preparar a medicação conforme protocolo de diluição da instituição;</p> <p>03- Lavar as mãos;</p> <p>04- Levar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente;</p> <p>06- Explicar o procedimento e perguntar o nome do paciente;</p> <p>07- Escolher equipo para aplicação, dando preferência ao equipo a qual estiver correndo soroterapia;</p> <p>08- Realizar assepsia do ejetor lateral da sonda com álcool a 70%;</p> <p>09- Introduzir a agulha no ejetor, administrando lentamente a medicação;</p> <p>10- Desprezar a seringa na caixa de perfuro cortante;</p> <p>11- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;</p> <p>12- Lavar as mãos e fazer as anotações no registro de enfermagem.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de obstrução, tentar administra em outra via do cateter, ou realizar desobstrução com seringa de 3 ml com água destilada.				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES – VIA SUBCUTÂNEA</b> <span style="float: right;">473</span>				
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	No Horário prescrito pelo profissional médico.			
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja; Medicamento prescrito; Seringa especial de 0,5 a 1ml ( seringa para insulina); Agulha pequena 13 x 3.8 ou 4.5; Álcool a 70% ; Algodão.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	Checar prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação; Lavar as mãos; Levar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente; Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação; Explicar o procedimento; Expor a área da aplicação; Realizar antissepsia da área com algodão embebido com álcool a 70%; Permanecer com o algodão na mão não dominante; Segurar a seringa com a mão dominante, como se fosse um lápis; Com a mão não dominante, fazer uma prega na pele, na região onde foi feita a antissepsia; Nesta prega cutânea, introduzir a agulha com rapidez e firmeza, com ângulo de 90° (perpendicular à pele); Aspirar para ver se não atingiu um vaso sanguíneo, exceto na administração da heparina; Injetar o líquido vagarosamente; Esvaziada a seringa, retirar rapidamente a agulha, e com algodão fazer ligeira pressão no local. Para certos tipos de droga, como insulina e a heparina, não é conveniente a massagem após a aplicação, para evitar a absorção rápida; Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; Lavar as mãos; Fazer as anotações no registro de enfermagem; No caso de heparina e insulina fazer o rodízio na administração para evitar hematomas.			
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e a administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar médico plantonista.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: EXAME FORA DA UNIDADE HOSPITALAR</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeira e Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Quando estiver exame externo				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitação de exame;</li> <li>✓ Prontuário;</li> <li>✓ Cópia de exame atual e prescrição médica atual.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Médico solicita o exame;</li> <li>10. Entregar solicitação a funcionária responsável por marcação externa, esta por sua vez, marca o exame fora do hospital em local apropriado e comunica a enfermagem;</li> <li>11. Enfermagem comunica ao paciente e familiar;</li> <li>12. Enfermeira prepara o paciente;</li> <li>13. Comunica ao setor de transporte à saída da ambulância;</li> <li>14. Enfermeiro checa os relatórios e exames necessários para acompanhar o paciente;</li> <li>15. Técnico de enfermagem escalada acompanha o paciente;</li> <li>16. Enfermeiro e auxiliar registram a saída e retorno do paciente, em folha de observação de enfermagem (condições clínicas, medicação em uso, sinais vitais, intercorrências).</li> </ol>				
<b>Resultado Esperado</b>	Realização de exames que não sejam realizados na Unidade				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O enfermeiro deve registrar em ocorrência, caso o preparo e exames não sejam no mesmo período;</li> <li>✓ Caso o resultado de exame não sai no momento da realização, entregar a funcionária responsável pela marcação de exame externo, comprovante com data da entrega do mesmo.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS</b>					
					
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Estiver na data de troca ou quando houver sujidade.				
<b>Condições Necessárias</b>	EPI's (máscara, luva de procedimento e luva estéril); Solução fisiológica 0,9 %; Gases estéril; Micropore ou esparadrapo; Curativo especial, óleo, gel (de acordo com a necessidade).				
<b>Descrição do Procedimento</b>	Reunir todo material necessário; Lavar as mãos; Explicar o procedimento ao paciente; Calçar as luvas de procedimento para retirada do curativo anterior; Abrir a luva estéril com técnica asséptica, colocando as gazes dentro do campo estéril; Irigar o local da lesão com SF 0,9% para a remoção tecidos desvitalizados e resíduos do curativo anterior; Analisar a lesão quanto ao seu aspecto, extensão, profundidade, bordas, exudato e odor, para a escolha do material a ser utilizado de acordo com o protocolo de feridas; Ocluir a lesão com gazes e micropore ou curativo especial; Recolher todo material utilizado, retirar as luvas e lavar as mãos; Registrar o procedimento na folha de evolução de enfermagem finalizando com COREN e assinatura do profissional responsável.				
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar a limpeza do local sem ocorrer contaminações, favorecendo a cicatrização.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Registrar no prontuário.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: CUIDADO E HIGIENIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Diariamente e quando necessário.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luva de procedimento, gaze e cuba, estéreis;</li> <li>- Cadarço para fixação e material para aspiração;</li> <li>- Soro fisiológico 0,9% e Álcool 70%</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos com água e sabão e preparar a bandeja para realização do procedimento;</p> <p>Identificar o paciente pelo nome, explicando-lhe o procedimento;</p> <p>Cercar o leito com biombos colocando o leito com a cabeceira elevada em 45 ° ;</p> <p>Abrir o pacote do jogo de cânulas e material de aspiração;</p> <p>Calçar as luvas;</p> <p>Aspirar secreção através da traqueostomia;</p> <p>Realizar o curativo ao redor da traqueostomia retirando as gazes dobradas, uma de cada lado da cânula e fazendo a limpeza com soro fisiológico ao redor do orifício, enxugando ao final com gaze seca;</p> <p>Verificar a condição da ostomia: eritema, edema, ulcerações, sangramento, local, diâmetro da ostomia. Nunca deixar as gazes do curativo com sangue, saliva ou, principalmente, com secreção recém-eliminada com tosse;</p> <p>Higienizar sub cânula:</p> <p>-Sub cânula Metálica: retirar a sub cânula, em seguida colocar na cuba estéril com soro fisiológico 0,9% e com ajuda de uma gaze fazer a limpeza interna da sub cânula. Colocar sob a grade da cânula externa, gaze dobrada, uma de cada lado da ostomia. Providenciar descarte e limpeza do material;</p> <p>Fixar um novo cadarço um laço no pescoço atentando para não apertar;</p> <p>Retirar as luvas;</p> <p>Manter o ambiente em ordem;</p> <p>Lavar as mãos com água e sabão;</p> <p>Checar o procedimento registrado no prontuário as anotações necessárias;</p> <p>Observar queixas e alterações.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Manter vias aéreas permeáveis através da remoção de secreções traqueobrônquicas. Evitar infecção, promover conforto e segurança ao paciente.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Sinalizar ao médico plantonista.				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES- VIA INTRADÉRMICA</b> <span style="float: right;">477</span>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandeja;</li> <li>- Medicamento prescrito;</li> <li>- Agulha pequena: 13 x 3.8 ou 4.5;</li> <li>- Álcool a 70%;</li> <li>- Algodão.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>           Checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;            Lavar as mãos;            Levar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente;            Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação;            Explicar o procedimento;            Expor a área de aplicação;            Realizar limpeza da área com SF a 0,9% (a injeção ID geralmente é feita sem antisepsia para não interferir na reação da droga);            Firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não dominante;            Com a mão dominante, segurar a seringa quase paralela à superfície da pele (15°) e com o bisel voltado para cima, injetar o conteúdo;            Retirar a agulha, sem friccionar o local. Colocar algodão seco somente se houver sangramento ou extravasamento da droga;            Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;            Lavar as mãos;            Fazer as anotações no registro de enfermagem.         </p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Em caso de dermatite avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento ou local de aplicação.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES- VIA SUBLINGUAL</b> <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">478</span>				
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandeja;</li> <li>- Medicamento prescrito;</li> <li>- Copo descartável;</li> <li>- Água potável.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>           Checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;            Lavar as mãos;            Identificar o recipiente a ser colocado o medicamento com o nome do paciente, número do leito, medicamento e dose;            Colocar os medicamentos nos recipientes identificados;            Levantar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente;            Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação;            Explicar o procedimento;            Dar água para o paciente enxaguar a cavidade oral;            Colocar o medicamento sob a língua do paciente e pedir para ele abster-se de engolir a saliva por alguns minutos, afim de que a droga seja absorvida;            Colocar o material em ordem;            Lavar as mãos;            Fazer as anotações no registro de enfermagem.         </p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso paciente negar-se a receber o tratamento medicamentoso via sublingual, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração de medicamento.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES- VIA VAGINAL</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandeja;</li> <li>- Medicamento prescrito;</li> <li>- Luvas de procedimento;</li> <li>- Aplicador vaginal;</li> <li>- Gaze e lubrificante;</li> <li>- Biombo;</li> <li>- Compressa.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>           Checar prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;            Lavar as mãos;            Levantar materiais sobre a bandeja para junto do paciente;            Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação e explicar o procedimento;            Cercar o leito com biombo;            Colocar a paciente em posição ginecológica;            Calçar as luvas;            Colocar o medicamento no aplicador e lubrificar a ponta, ou umedecê-la com SF a 0,9%, para facilitar a penetração;            Abrir os pequenos lábios, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador com o medicamento e pressionar o êmbolo, introduzindo o medicamento;            Pedir para que a paciente permaneça em decúbito dorsal, aproximadamente por 15 minutos, com uma compressa sob os quadris, para melhor distribuição de medicamento sobre a mucosa;            Colocar um absorvente, se necessário;            Retirar as luvas e deixar o ambiente em ordem;            Lavar as mãos;            Fazer as anotações no registro de enfermagem.         </p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar ao médico plantonista.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: RETIRADA DE DRENO PORTOVAC</b>					
					
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Solicitado pelo médico.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI's (luvas de procedimento e máscara);</li> <li>- Lâmina de bisturi estéril;</li> <li>- Gaze estéril;</li> <li>- Soro fisiológico 0,9%;</li> <li>- Micropore.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Realizar lavagem das mãos;            Informar ao paciente o procedimento;            Preparar os materiais a ser utilizados;            Calçar as luvas de procedimento;            Lavar o local a ser retirado o dreno com gaze e SF;            Cortar com lâmina de bisturi os pontos que fixam o dreno próximo a pele;            Realizar uma leve tração no dreno com o intuito de verificar se o ponto está solto;            Retirar devagar o dreno por completo;            Limpar o local com gaze e SF 0,9%;            Realizar curativo compressivo com gaze e micropore, a fim de conter possível sangramento realizando a homeostasia;            Recolher todo material utilizado;            Realizar a lavagem das mãos;            Anotar no registro de enfermagem.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Retirar o dreno portovac sem contaminar o paciente.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Informar ao médico.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: RETIRADA DE PONTOS EM FERIDA OPERATÓRIA</b>					
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">481</span>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Solicitado pelo médico.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPI's (luvas de procedimento e máscara);</li> <li>- Pinça anatômica dissecação delicada;</li> <li>- Lâmina de bisturi estéril;</li> <li>- Gaze estéril;</li> <li>- Clorhexidina alcoólica.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Realizar lavagem das mãos;            Informar ao paciente o procedimento;            Preparar os materiais abrindo os invólucros da pinça, lâmina de bisturi e gazes, de forma estéril;            Calçar as luvas;            Realizar a assepsia do local com gazes embebida com clorexidina;            Segurar com a pinça um fio do ponto operatório e cortar o nó com a lâmina de bisturi;            Realizar esse procedimento em cada ponto com o cuidado para não lesionar o paciente e não deixar fios de sutura na ferida operatória;            Recolher o material;            Realizar a lavagem das mãos;            Anotar no registro de enfermagem.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Retirar os pontos sem contaminação				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Informar ao médico.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: Realização de Eletrocardiograma- ECG</b>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Prescrito pelo profissional médico.				
<b>Condições Necessárias</b>	Papel milimetrado, eletrodos, caneta, aparelho de eletrocardiograma (ECG).				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Higienizar as mãos;            Conferir a prescrição médica e pedido de exame;            Preparar o material e colocá-lo próximo à unidade do cliente;            Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e posicioná-lo em decúbito dorsal, com braços e pernas relaxados;            Ligar ao aparelho à rede de energia, prestando atenção a voltagem solicitada;            Colocar a folha de ECG e apertar tecla "papel";            Friccionar com gazes e álcool a área a ser monitorada. Se necessário, realizar tricotomia na área;            Colocar as braçadeiras nos membros:            - cabo vermelho em braço D – RA            - cabo amarelo em braço E- LA            - cabo verde em perna E- LL            - cabo preto em perna D- RL            Colocar eletrodos no tórax:            - V1 em 4º espaço intercostal na borda esternal direita;            - V2 em 4º espaço intercostal na borda esternal esquerda;            - V3 a meio caminho entre V2 e V4;            - V4 em 5º espaço intercostal na linha clavicular média E;            - V5 em 5º espaço intercostal na linha axilar anterior (meio caminho entre V4 e V6);            - V6 em 5º espaço intercostal na linha axilar média, nivelado com V4.            Apertar o botão "segue";            Identificar o ECG com nome do paciente, data, hora e setor;            Desligar o aparelho, retirar cabos e eletrodos, limpar e organizar as braçadeiras;            Deixar o paciente confortável no leito e o ambiente em ordem;            Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Registrar derivações para diagnóstico, evolução clínica e avaliação da eficácia medicamentosa.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ansiedade, alergia aos eletrodos, erros na fixação dos eletrodos.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: TRANSPORTE DO PACIENTE DA ENFERMARIA PARA O CENTRO CIRURGICO</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeira e Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Diariamente		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prontuário;</li> <li>- Maca de Transporte;</li> <li>- Aviso de cirurgia;</li> <li>- Robe, propé e touca;</li> <li>- Torpedo de oxigênio (S/N);</li> <li>- Exames.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar-se ao paciente e orientá-lo quanto ao procedimento cirúrgico;</li> <li>- Certificar que o prontuário está completo;</li> <li>- Fazer o encaminhamento do paciente no registro de enfermagem, observando os ssvv;</li> <li>- Verificar se o paciente retirou prótese dentária, esmalte nas unhas, jóias, roupa íntima;</li> <li>- Verificar se a fralda está limpa;</li> <li>- Ajudar a passar o paciente da cama para a maca, entregar o prontuário e exames.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	Proporcionar maior conforto e segurança ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenação.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

483



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: HIGIENE DAS MÃOS</b>			
<b>Quem</b>	Todos profissionais de saúde		
<b>Onde</b>	Posto de Enfermagem		
<b>Quando</b>	Antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente.		
<b>Condições Necessárias</b>	Água, sabão líquido, papel toalha e álcool em gel.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Retirar anéis, pulseiras e relógio;            Abrir a torneira sem encostar-se a pia;            Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos;            Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;            Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palma contra palma;</li> <li>- palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos;</li> <li>- palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos;</li> <li>- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;</li> <li>- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem;</li> <li>- rotação dos polegares direito e esquerdo;</li> <li>- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;</li> <li>- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;</li> <li>- enxaguar as mãos sem encostar-se a pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos;</li> <li>- enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos, no caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	Evitar contaminação.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ação em caso de não conformidade.		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

484



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: LAVAGEM INTESTINAL POR COLOSTOMIA</b>			485
<b>Quem</b>	Enfermeiro ou Técnico de enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermarias		
<b>Quando</b>	Solicitado na prescrição médica		
<b>Condições Necessárias</b>	Enema glicerinado, equipo de soro, gaze, cuba rim, comadre, luva de procedimento, bolsa de irrigação, forro móvel, bandeja, sonda retal, gel hidrossolúvel, tesoura, máscara.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Conferir a prescrição médica; higienizar as mãos; providenciar a solução prescrita; reunir todo material na bandeja e levar ao quarto do paciente; isolar o leito com biombos; explicar o procedimento ao paciente; manter o paciente deitado no leito;</p> <p>Calçar luvas de procedimento; proteger a cama com forro móvel, retirar a bolsa de colostomia e colocar a comadre protegida com plástico junto ao estoma, sobre a cama; remover a bolsa coletora. Se a bolsa for sistema de duas peças, manter a placa protetora aderida. Se for de uma peça, fazer, com a tesoura, uma abertura de 2 cm na parte superior da bolsa; fazer toque digital no estoma com o quinto dedo (mínimo), usando luva e lubrificação com gel hidrossolúvel; introduzir a sonda no estoma (7-10 cm) com a extremidade lubrificada, realizando movimentos suaves; conectar a sonda na extremidade proximal do equipo e este ao frasco da solução, que deverá estar a uma altura máxima de 70 cm em relação ao paciente; infundir a solução a uma velocidade adequada ao objetivo da lavagem e manter uma comadre abaixo da abertura da bolsa para coletar o efluente; observar as características do líquido de saída (cor e consistência do material); desinsuflar o balão e remover a sonda quando terminar de infundir a solução ou quando o efluente estiver claro; limpar a área manuseada, observando o aspecto do estoma e área periostomal; recolocar a bolsa coletora (sistema de duas peças) ou trocar a bolsa (uma peça); deixar o paciente confortável; recolher todo material e deixar o ambiente limpo e em ordem; desprezar o conteúdo eliminado no vaso sanitário; encaminhar o material permanente ao expurgo; retirar as luvas e higienizar as mãos; checar o procedimento; realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Promover a eliminação das fezes e preparar o cólon para exames e cirurgias.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Usuários com doenças intestinais ativas (retocolite ulcerativa, doença de Crohn, diverticulite ou câncer), complicações do estoma (prolapso, hérnia, retração e estenose), em uso de radioterapia ou quimioterapia, crianças até 2 anos, presença de diarreia, pós-operatório imediato.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: MEDICAMENTOS DO CARRO DE EMERGÊNCIA</b>				486
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	No último dia do mês.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checklist;</li> <li>- Caneta;</li> <li>- Material necessário para reposição.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>Medicamentos</b>		<b>Quant.</b>	
	Adenosina 3mg/ml amp 2 ml		03	
	Ácido acetilsalicílico 100mg cpr		05	
	Amiodarona 50 mg/ml amp 3 ml		05	
	Atropina 0,25mg/ml amp 1 ml		10	
	Cloreto de sódio 20% amp 10 ml		03	
	Deslanosídeo 0,2 mg/ml amp 2 ml		02	
	Diazepam 5 mg/ml amp 2 ml		02	
	Dobutamina 12,5 mg/ml amp 20 ml		4	
	Dopamina 5 mg/ml amp 10 ml		02	
	Epinefrina 1mg/ml amp 1 ml		20	
	Etilefrina 10 mg/ml amp 1 ml		04	
	Fentanila 0,05 mg/ml amp 2 ml		02	
	Fentanila 0,05 mg/ml fa 10 ml		04	
	Flumazenil 0,1 mg/ml amp 5 ml		01	
	Furosemida 10 mg/ml amp 2 ml		05	
	Gliconato de cálcio 10% amp 10 ml		04	
	Glicose 50% amp 10 ml		08	
	Hidro cortisona 100mg fa		02	
	Hidro cortisona 500mg fa		03	
	Isossorbida 5mg cpr		02	
	Lidocaína 10% spray fr 50 ml		01	
	Metoprolol 5mg/ml amp 5 ml		02	
	Midazolam 1mg/ml amp 5 ml		02	
	Midazolam 5mg/m amp 10 ml		05	
	Morfina 1mg/ml amp 2ml		04	
	Morfina 10mg/ml amp 1 ml		02	
	Naloxona 0,4 mg/ml amp 1 ml		02	
	Nitroglicerina 5 mg/ml amp 10 ml		02	
	Nitroprusseto de sódio 25mg/ml amp 2 ml		02	
	Norepinefrina 2mg/ml amp 4 ml		08	
	Prometrazina 25mg/ml amp 2 ml		02	
	Sulfato de magnésio 50% amp 10ml		05	
Suxametônio 100mg fa		02		
<b>Soluções</b>		<b>Quant.</b>		
Água destilada amp 10 ml		10		
Água destilada fa 100 ml		01		

	Bicarbonato de sódio 8,4% fa 250 ml	02
	Solução de manitol 20% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 100 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 250 ml	02
	Solução fisiológica 0,9% fa 500 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 250 ml	02
	Solução glicosada 5% fa 500 ml	02
	Solução ringer com lactato fa 500 ml	02
<b>Resultado Esperado</b>	Que todo mês tenha conferência do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.	
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de dúvida no nome da medicação consultar a farmácia, - Em caso de medicação fora da validade, separar e trocar com a farmácia.	
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: MATERIAIS CARRO DE EMERGÊNCIA</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	No último dia do mês.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checklist;</li> <li>- Caneta;</li> <li>- Material necessário para reposição.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>Material</b>	<b>Quant.</b>		
	Agulha 30x8 cm	05		
	Agulha 40x12 cm	10		
	Ambu completo	01		
	Borracha para oxigênio	01		
	Cânula de Guedel nº4	01		
	Cânula de Guedel nº 5	01		
	Cânula para traqueostomia nº 7,0	01		
	Cânula para traqueostomia nº 8,0	01		
	Catéter periférico nº 14	02		
	Catéter periférico nº 16	02		
	Catéter periférico nº 18	03		
	Catéter periférico nº 20	03		
	Eletrodo para ECG ( 3 pares)	15		
	Equipo fotossensível	01		
	Equipo macrogotas	04		
	Equipo para bomba de infusão	03		
	Filtro para respirador	01		
	Fio guia	01		
	Gaze 7,5 x 7,5 cm ( pacote)	04		
	Gel para eletrodo	01		
	Gorro	03		
	Lâmina de bisturí nº 15	01		
	Luva de procedimento tam M (pares)	10		
	Luva estéril nº7,0 (par)	02		
	Luva estéril nº 7,5 (par)	02		
	Luva estéril nº 8,0 (par)	02		
	Máscara	03		
Máscara laríngea nº 5	01			
Polifix	02			
Seringa 1 ml	05			
Seringa 5 ml	04			
Seringa 10 ml	05			
Seringa 20 ml	06			
Sonda para aspiração traqueal nº 10	03			
Sonda para aspiração traqueal nº 12	03			




	Sonda de aspiração traqueal nº 14	03
	Sonda de aspiração traqueal nº 16	03
	Sonda nasogástrica nº 14	02
	Sonda nasogástrica nº 16	02
	Sonda nasogástrica nº 20	02
	Torneirinha 3 vias	04
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 7,5	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,0	02
	Tubo de intubação endotraqueal nº 8,5	02
<b>Resultado Esperado</b>	Que todo mês tenha conferência do carro de emergência, pois no momento do uso, o mesmo estará pronto com todos os materiais correto.	
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de dúvida no nome do material consultar o almoxarifado, - Em caso de material fora da validade, separar e trocar com o almoxarifado.	
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA / UROSTOMIA<sup>90</sup></b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Enfermarias		
<b>Quando</b>	Solicitado na prescrição médica		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja ou carro de curativo contendo: bolsa coletora, escala de medida do estoma, gaze, algodão, sabão de uso habitual, protetor de pele, tesoura curva, soro fisiológico, luva de procedimento, comadre, forro móvel, máscara.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Higienizar as mãos e reunir todo material, levar ao quarto do paciente e explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas a região a ser limpa, protegendo a cama com um forro móvel. Se o paciente tiver condições, pode ser levado ao banheiro;</p> <p>Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;</p> <p>Retirar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;</p> <p>Afastar a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, colocar água dentro da mesma até a metade da sua capacidade;</p> <p>Fechar a abertura da bolsa com uma das mãos, fazer movimentos com a bolsa para remoção de resíduos e desprezar na comadre ou vaso sanitário. Repetir o processo até a bolsa estar totalmente limpa;</p> <p>Limpar o estoma e região periestomal c/ água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze ou algodão sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes;</p> <p>Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da placa, deixando área de segurança de 1mm. Estoma irregular, preparar molde sob medida;</p> <p>Retirar o papel protetor da base e colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma;</p> <p>Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal e fechar o clamp/presilha no dispositivo;</p> <p>Deixar o paciente confortável, recolher o material, encaminhar o material permanente ao expurgo, retirar as luvas e máscara e higienizar as mãos;</p> <p>Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	<p>Manter a higienização do estoma;</p> <p>Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente;</p> <p>Retirar/coletar os efluentes;</p> <p>Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.</p>		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ação em caso de não conformidade.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: ACESSO VENOSO</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiros e/ou Técnicos de enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermarias			
<b>Quando</b>	Prescrito pelo profissional médico para administrar medicações venosas			
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, garrote, bolas de algodão, álcool 70%, cateter venoso apropriado, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, luvas de procedimento, etiqueta ou fita adesiva, escala de soro, equipo de soro, suporte de soro.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Conferir a prescrição médica e reunir o material necessário bandeja;            Levar a bandeja até o paciente, colocar na mesa auxiliar e explicar o procedimento ao paciente;            Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;            Escolher o local do acesso, expor a área de aplicação, verificar as condições das veias, colocar o paciente na posição adequada e solicitar que mantenha o membro imóvel;            Garrotear o membro a ser puncionado, 4cm acima do local de inserção do dispositivo venoso (se o garrote não dilatar as veias, fazer com que o cliente abra e feche as mãos devagar algumas vezes. Em seguida peça para o paciente permanecer com a mão fechada enquanto a agulha é inserida, devendo abrir a mão quando a agulha estiver no local);            Fazer antisepsia do local com algodão e álcool 70% em movimentos circulares do centro para as extremidades;            Tracionar a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado;            Introduzir o cateter, paralelamente à pele, com bixel voltado para cima em um ângulo igual ou inferior a 15°;            Observar o refluxo sanguíneo, retirar o guia, soltar o garrote e pedir ao paciente que abra a mão;            Fixar o dispositivo venoso com esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;            Conectar o sistema de infusão ao cateter venoso, ou seringa para coletar sangue, ou proceder à salinização do cateter;            Observar se há sinais de infiltração ou extravasamento do líquido infundido, além de queixas de dor ou desconforto;            Orientar o paciente sobre cuidados como: evitar atrito, umedecer ou tracionar o cateter, não desconectar a linha de infusão ou tampa de proteção do cateter e não pressionar o membro onde o cateter está instalado.            Deixar o paciente confortável;            Recolher o material e encaminhar ao expurgo, descartar perfuro cortante em local apropriado e retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Instalar cateter em trajeto venoso periférico para coleta de sangue venoso; infusão contínua de soluções; administração de medicamentos; manutenção de uma via de acesso venosa; administração intermitente de medicamentos.			


<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Hiperemia, flebites, edemas, escoriações, queimaduras e fraturas presentes no local da punção.			
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>		
	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>	
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>	492
<b>Procedimento: HIGIENE CORPORAL NO LEITO</b>				
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Pela manhã e sempre que necessário.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hamper, bacia, bucha higiênica, toalha e escova e pasta de dente;</li> <li>- Água morna, sabonete líquido e neutro;</li> <li>- Luva descartável,</li> <li>- Lençóis, impermeável, roupa limpa, fralda (caso use) e saco plástico.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>01- Preparar o material necessário,          02-Colocar biombos em volta do leito garantindo a privacidade do paciente,          03-Checar a fixação dos dispositivos, observar o uso de medicação enteral, se estiver usando, desligar a bomba ou colocar em stand by,          04-Despir o paciente e cobrir com um lençol as partes que não estão sendo lavadas,          05-Começar a higiene com sabão neutro, bucha e água, lavando a cabeça, a face, continuando pela orelha, pescoço, axilas, tórax, região submamária, abdômen, região inguinal, genitália e MMII,          06- Enxugar todas as partes lavadas seguindo a sequencia acima,          07- Posicionar o paciente em decúbito lateral e lavar pescoço, ombros, dorso, região do quadril. MMII, e região anal, secar em seguida,          08- Retirar todos os lençóis enrolando em direção ao paciente e colocar um novo lençol, impermeável, travessa e fralda empurrando também em direção ao paciente,          09- Trazer o paciente para decúbito dorsal e em seguida posicioná-lo no decúbito contrário, fazer massagem de conforto,          10- Retirar a roupa de cama suja do outro lado e colocar a roupa limpa e a fralda,          11- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, passar os cremes indicados, fechar a fralda e vesti-lo,          12- Cobrir o paciente com lençol e/ou cobertor,          13- Deixar grades elevadas e cabeceira posicionada de acordo com a prescrição médica, ligar dieta enteral, se em stand by, ou desligar,          14-Lavar as mãos e recolher o material.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Remoção de sujidade, células mortas e sujidade a fim de estimular a circulação e promover conforto e bem estar ao paciente.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Ação em caso de não conformidade.			
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>		



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: HIGIENE ORAL</b>					
					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	A cada 12 horas e sempre que necessário.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espátula, gaze.</li> <li>- Escova e Creme dental.</li> <li>- Cepacol dissolvido em um copo com água potável.</li> <li>- Equipamento de proteção individual.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Preparar o material necessário. 02- Explicar o procedimento ao paciente. 03- Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento e EPI, se preciso. 04- Oferecer a escova com creme dental ao paciente, caso ele mesmo faça a higiene oral. 05- Enrolar gaze na espátula e embeber com o cepacol dissolvido em um copo descartável com água. 06- Fazer movimentos com a espátula na boca do paciente de forma a retirar a sujidade do mesmo. 07- No caso de pacientes entubados, proceder à higiene oral com a espátula embebida com cepacol, atentando para extubações acidentais. 08- Lavar as mãos.				
<b>Resultado Esperado</b>	Remoção de sujidade da cavidade oral promovendo conforto e bem estar ao paciente.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caso de sangramento, parar a higiene oral e comunicar ao enfermeiro e médico plantonista.</li> <li>- Em caso de extubação acidental, chamar o enfermeiro e médico plantonista.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: INFUSÃO VENOSA EM BOMBA DE INFUSÃO</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem e Enfermeiro		494
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Infusão peristáltica de soluções por via enteral ou parenteral		
<b>Condições Necessárias</b>	Bomba de infusão completa; Equipo próprio para bomba de infusão e solução prescrita.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Reunir o material necessário e lavar as mãos;</li> <li>2- Explicar o procedimento ao paciente, solicitando sua ajuda;</li> <li>3- Colocar o equipo próprio no frasco de solução a ser infundido e retirar o ar do equipo;</li> <li>4- Inicialmente, coloque a ampola ou bolsa de solução na haste da bomba de infusão, verificando que esta fique sempre na vertical;</li> <li>5- Segure o segmento de silicone do equipo próprio pelas extremidades na horizontal, tendo cuidado para não torcer o equipo, o que prejudicará a precisão da infusão;</li> <li>6- Envolve o rotor da bomba de infusão com o segmento de silicone do equipo, sempre tomando o cuidado de não torcê-lo;</li> <li>7- Posicione os terminais do segmento de silicone sob o suporte (rotor);</li> <li>8- Após ter colocado o segmento de silicone no local correto (rotor), posicione o equipo nas aberturas laterais, tomando o cuidado de não criar um vinco no equipo, o que ocasionaria uma obstrução ao fluxo da solução;</li> <li>9- Para encher a câmara de gotejamento, pressione as paredes e solte em seguida;</li> <li>10- Verifique que o nível de solução na câmara de gotejamento esteja de acordo com a marcação existente nas paredes externas da câmara;</li> <li>11- Posicione o sensor de gotas na câmara, introduzindo-o de baixo para cima;</li> <li>12- O sensor de gotas deve ser posicionado no topo da câmara de gotejamento</li> <li>13- Lavar as mãos e realizar os registros de enfermagem, em prontuário.</li> </ol>		
<b>Resultado Esperado</b>	Assegurar infusão do volume de solução prescrita nas 24 horas		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Bolhas de ar, oclusão do equipo, oclusão do acesso venoso do paciente.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: TRICOTOMIA</b>				
				
<b>Quem</b>	Técnicos de enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermarias			
<b>Quando</b>	Solicitado na prescrição médica			
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, tesoura ponta romba, tricotomizador, gaze, saco de lixo, luvas de procedimento e biombo.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Reunir o material na bandeja e levar para o quarto do paciente;          Explicar ao paciente o procedimento e sua finalidade;          Higienização das mãos;          Colocar biombo, se necessário;          Verificar a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser executado;          Calçar luvas de procedimento;          Orientar o paciente a assumir uma posição confortável e adequada ao preparo da pele;          Expor somente a área a ser tricotomizada;          Cortar os pelos longos com a tesoura, se necessário, e desprezá-los no saco de lixo;          Esticar a pele com uma tração suave em direção oposta a raspagem. Com a outra mão, passar o tricotomizador rente a pele com os pelos secos, no sentido de sua inserção, com movimentos firmes e regulares. Observar para que todos os pelos sejam removidos;          Descartar no saco de lixo os pelos cortados e o material de uso único em local apropriado;          Recolher o material do quarto e deixar o paciente confortável;          Retirar as luvas de procedimento;          Deixar a unidade do paciente em ordem;          Higienizar as mãos;          Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Preparo da pele para a realização de alguns procedimentos, facilitando a visualização da área através da remoção dos pelos, preferencialmente com aparelho elétrico.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Lesões de pele, pessoas alérgicas a lâmina deve-se utilizar o tricotomizador.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, luvas de procedimento, gaze, toalha, dispositivo para incontinência urinária, adesivo hipoalergênico, saco coletor.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Higienizar as mãos;            Reunir todo o material;            Explicar o procedimento ao paciente;            Colocar biombo;            Posicionar o paciente em decúbito dorsal;            Calçar as luvas de procedimento;            Fazer a higiene íntima e aparar o excesso de pelos (se necessário);            Colocar o dispositivo para incontinência urinária no pênis, desenrolando-o da glande para a raiz do pênis.            Deixar espaço entre a ponta do pênis e a extremidade do dispositivo;            Fixar o dispositivo com adesivo hipoalergênico na raiz do pênis de modo firme, mas não apertado;            Adaptar a extensão do dispositivo ao saco coletor de urina, evitando dobrá-lo ou torcê-lo;            Retirar as luvas de procedimento;            Recolher o material e encaminhar ao expurgo;            Higienizar as mãos;            Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Instalação de um dispositivo peniano para controlar débito urinário e proteger região perineal do contato com urina.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Pacientes com lesão peniana, pós-operatório de cirurgia urológica.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

496



		Número	Página	497
		Revisão	Data	
<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>				
<b>Procedimento: CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES</b>				
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Diariamente			
<b>Condições Necessárias</b>	Saco plástico, pacote de curativo, gaze estéril, fita adesiva, soro fisiológico 0,9%, luvas de procedimento, máscara descartável.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p><b>1ª etapa: Remoção do curativo anterior:</b> reunir todo material e levar para o quarto; Colocar máscara e higienizar as mãos; explicar procedimento ao paciente; colocar o paciente em posição adequada; abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar; colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos; calçar luvas de procedimento; remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato ao longo do eixo longitudinal da incisão, apoiando com a outra mão para manter afastada a pele da fita; desprezar o curativo no saco plástico; observar a incisão quanto às características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão; separar a pinça dente de rato.</p> <p><b>2ª etapa: Limpeza da incisão cirúrgica:</b> dobrar a gaze com auxílio das pinças Kelly e anatômica; umedecer a gaze com SF 0,9%; realizar com auxílio da pinça Kelly a limpeza da incisão cirúrgica em sentido único, utilizando as duas faces da gaze ( sem movimentos de vaivém), trocando as gazes sempre que necessário; limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica, retirando as marcas do antigo adesivo; secar a incisão com gaze em sentido único; desprezar as gazes utilizadas em saco plástico;</p> <p><b>3ª etapa: Proteção da incisão cirúrgica:</b> ocluir a incisão com gaze dobradas ao meio e fixar com fita adesiva; retirar as luvas de procedimento; posicionar o paciente confortavelmente; higienizar as mãos; checar o procedimento; realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Manter integridade da pele livre de contaminação, proporcionando cicatrização eficaz.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Pós operatório imediato, devendo aguardar por 24 horas para o 1º curativo, salvo sangramento intenso.			
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>		



	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Preparo e administração de medicação VIA ORAL</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico e aprazado pela Enfermagem.		
<b>Condições Necessárias</b>	Medicamento prescrito, copo descartável, copo graduado e conta-gotas; - Bandeja; - Água potável.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Identificar o recipiente a ser colocado o medicamento com o nome do paciente, número do leito, medicamento e dose;</li> <li>4. Colocar os medicamentos nos recipientes identificados, diluindo-os se for necessário, conforme protocolo da instituição;</li> <li>5. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas;</li> <li>6. Levantar as medicações sobre a bandeja para junto do paciente;</li> <li>7. Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação;</li> <li>8. Explicar o procedimento;</li> <li>9. Colocar o comprimido na mão ou na boca do paciente. Se for líquido, dar no copinho descartável;</li> <li>10. Oferecer-lhe água;</li> <li>11. Verificar se o paciente deglutiu o medicamento: nunca deixá-lo sobre a mesa-de-cabeceira;</li> <li>12. Colocar o material em ordem;</li> <li>13. Lavar as mãos;</li> <li>14. Fazer as anotações no plano de cuidado e checar as medicações administradas.</li> </ol>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<p>Caso paciente estiver inconsciente ou negar-se a receber o tratamento medicamentoso via oral, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento.</p> <p>Paciente com dificuldade de deglutir comprimidos/cápsulas deve ter seus medicamentos dissolvidos em água potável.</p> <p>Se o paciente estiver em uso de S. N. E, diluir a medicação administrar lembrando-se de parar a dieta e após lavar com 20 ml de água.</p>		
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		

498



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: OXIGENOTERAPIA</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Quando solicitado pelo Médico e se o paciente estiver saturando menos de 90%.		
<b>Condições Necessárias</b>	Fonte de O <sup>2</sup> (unidade fixa na parede ou cilindro), fluxômetro, umidificador, cateter nasal, gaze, éter ou tintura de benjoim, esparadrapo, extensão de oxigênio, água destilada estéril ou soro fisiológico à 0,9% ( 100 ml )		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>-Avaliar o paciente observando a existência de sinais e sintomas de hipóxia ou presença de secreções nas vias aéreas e verificar a prescrição médica identificando o percentual de oxigênio a ser administrado,</p> <p>- Reunir os materiais e equipamentos necessários, explicar ao paciente e aos familiares o procedimento e a sua necessidade e lavar as mãos,</p> <p>Instalar o fluxômetro na fonte de oxigênio e o frasco umidificador ao fluxômetro, colocar soro fisiológico no umidificador de acordo com o nível indicado no frasco e testar o funcionamento do sistema,</p> <p>Posicionar o cliente em posição de semi-fowler, retirar a oleosidade da pele com gaze úmida com éter ou benjoim para fixação do cateter, conectar o cateter nasal a extensão de oxigênio e a fonte de oxigênio umidificada, mensurar a distância para introdução do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo inferior da orelha e marcar com esparadrapo, usar gaze para manipular o cateter, introduzir o cateter em uma das narinas, observar as reações do paciente, regular o fluxômetro conforme o volume de oxigênio prescrito, fixar o cateter na face lateralmente atentando para não lesar a narina do paciente,</p> <p>Registrar a data e a hora do procedimento, lavar as mãos,</p> <p>Manter o recipiente do umidificador sempre com água destilada ou soro fisiológico à 0,9%, observar as narinas quanto à laceração da pele,</p> <p>Registrar no prontuário: o método de administração de oxigênio, taxa do fluxo, permeabilidade do cateter, reação do paciente e avaliação respiratória.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	<p>- Reduzir o esforço ventilatório. Nas situações como a atelectasia que prejudica a difusão, ou quando os volumes pulmonares estão diminuídos devido a hipoventilação alveolar, este procedimento aumenta os níveis de oxigênio nos alvéolos.</p> <p>- Alcançar o volume elevado de trabalho do miocárdio conforme o coração tenta a compensação para a hipoxemia. Nas situações de infarto do miocárdio ou em uma arritmia cardíaca, a administração de oxigênio é necessária para um paciente cujo miocárdio já está comprometido.</p>		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Em caso de hipoxia chamar o Médico plantonista.		
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		

499

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES - VIA NASAL</b>			500
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<b>Bandeja contendo:</b> medicamento prescrito; conta-gotas; Bola de algodão ou cotonete;		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Levar a(s) medicação(s) sobre a bandeja para junto do paciente;</li> <li>4. Perguntar o nome do paciente, fazendo a verificação;</li> <li>5. Explicar o procedimento;</li> <li>6. Inclinar um pouco a cabeça do paciente para trás.</li> <li>7. Avaliar necessidade de limpeza da cavidade nasal, para melhor administração do medicamento. Se necessário realizar com cotonete;</li> <li>8. Retirar, através de conta-gotas, a medicação prescrita.</li> <li>9. Pingar a medicação na parte superior da cavidade nasal, evitando que o conta-gotas toque a mucosa.</li> <li>10. Solicitar ao paciente que permaneça nesta posição por mais alguns minutos;</li> <li>11. Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;</li> <li>12. Lavar as mãos;</li> <li>13. Fazer as anotações no registro de enfermagem.</li> </ol>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso paciente negar-se a receber o tratamento medicamentoso via nasal, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES - VIA RETAL</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	No horário prescrito pelo profissional médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bandeja e medicamento prescrito;</li> <li>✓ Luvas de procedimento;</li> <li>✓ Gaze;</li> <li>✓ Biombo;</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar Prescrição: data, horário, nome do paciente, medicação, dose, via de administração, apresentação;</li> <li>2. Lavar as mãos e levar materiais sobre a bandeja para junto do paciente;</li> <li>3. Perguntar o nome do paciente e explicar o procedimento;</li> <li>4. Cercar o leito com biombo e colocar a paciente em decúbito lateral;</li> <li>5. Calçar as luvas;</li> <li>6. Com a mão dominante segurar o supositório com a gaze, e com o polegar e indicador da outra mão afastar o ânus;</li> <li>7. Introduzir o supositório no reto, delicadamente, e pedir ao paciente que o retenha;</li> <li>8. Retirar as luvas, desprezá-las e deixar o ambiente em ordem;</li> <li>9. Lavar as mãos e fazer as anotações no registro de enfermagem.</li> </ol>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar o preparo e administração das medicações sem perdas, com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso paciente negar-se a receber o tratamento medicamentoso via retal, avaliar necessidade junto com o profissional médico de fazer a troca da apresentação e via de administração do medicamento.		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

501

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: TROCA DE SELO D'ÁGUA – DRENO DE TÓRAX</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Houver necessidade		
<b>Condições Necessárias</b>	Soro fisiológico 0,9% de 500 ml – 02 ampolas; Luva de procedimento não estéril – 01 par; Esparadrapo – 15 cm; Máscara descartável – 01 unidade;		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Reunir o material necessário, lavar as mãos, explicar o procedimento ao paciente, utilizar biombo quando necessário, posicionar o paciente e calçar as luvas;</p> <p>- Pinçar o dreno com o clipe que já vem acoplado ao sistema; realizar ordenha na extensão do sistema; abrir o frasco e desprezar o conteúdo em recipiente próprio; colocar o soro fisiológico dentro do frasco, retirando todo o resíduo do líquido desprezado; colocar 500 ml de soro fisiológico dentro do frasco; fechar o frasco imediatamente; colocar no frasco fita adesiva em sentido vertical; marcar o nível da água e escrever data, hora e assinatura; abrir pinça do dreno; observar oscilação da coluna d'água de acordo com a respiração do paciente, o aspecto e volume drenado; recompor unidade do paciente; lavar as mãos e realizar os registros de enfermagem necessários em prontuário;</p> <p><b>OBS: O volume do selo d'água deve atingir +/- 2 cm da coluna de líquido; a troca do selo d'água deve acontecer quando a coluna de líquido estiver imersa +/- 5 cm.</b></p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Controlar a permeabilidade e funcionamento do sistema de drenagem torácica para garantir expansibilidade pulmonar, detectar hemorragias, e evitar acúmulo de líquido e ar na cavidade torácica por obstrução ou falha no sistema.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Registrar no prontuário.		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

502

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	s Data
<b>Procedimento: CURATIVO EM LOCAIS DE INSERÇÃO DE CATETERES</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro (a)		503
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Diariamente ou quando houver sujidade;		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ EPI's (luva de procedimento, luva estéril e máscara);</li> <li>✓ Gazes estéril, clorexidina alcoólica e micropore;</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir todo material necessário e realizar a lavagem das mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>3. Calçar as luvas de procedimento para a remoção do curativo anterior;</li> <li>4. Abrir a luva estéril colocando as gazes no campo, mantendo a técnica asséptica;</li> <li>5. Realizar a antissepsia com gazes embebida de clorexidina iniciando no local de inserção do cateter, seguindo por toda área ao redor;</li> <li>6. Ocluir com gazes e micropore, datando e assinando em seguida;</li> <li>7. Recolher o material, retirar as luvas e lavar as mãos;</li> <li>8. Registrar o procedimento na folha de evolução, finalizando com assinatura e COREN do profissional responsável.</li> </ol> <p><b>OBS: Em caso de curativo especial com filme transparente (IV-3000) para AVC, siga o procedimento acima e realize a oclusão como o filme transparente seguindo os passos descritos na embalagem. Sua troca é realizada com o período máximo de 7 dias ou quanto houver necessidade.</b></p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realizar a antissepsia do local sem ocorrer contaminações a fim de promover segurança ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Registrar na folha de evolução e sinalizar ao médico plantonista.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Númer</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisã o</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: SONDAGEM NASOENTERAL</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro.			504
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Solicitado pelo Médico.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda enteral com fio guia ( mandril )</li> <li>- Seringa de 20 ml e Xylocaína gel</li> <li>- Estetoscópio</li> <li>- Máscara descartável e Luvas de procedimento</li> <li>- Gazes, Algodão e Cuba rim</li> <li>- Esparadrapo ou micropore e Éter ou Benjoim</li> <li>- Biombo (se necessário).</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente.</li> <li>2- Colocar biombos em volta do leito e lavar as mãos.</li> <li>4- Reunir material e levar à beira do leito.</li> <li>5- Colocar o paciente em posição de Fowler alta – 45º, caso isso não seja possível, posicioná-lo em decúbito dorsal com a cabeceira lateralizada.</li> <li>6- Remover a oleosidade da pele (nariz e testa) usando éter ou benjoim.</li> <li>7- Calçar as luvas de procedimento e máscara descartável.</li> <li>8- Medir a distância da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e, do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide. Acrescentar 25 cm a esta medida para um bom funcionamento no intestino. Marcar essa distância na sonda utilizando esparadrapo.</li> <li>10-Enrolar a sonda na mão dominante deixando livre aproximadamente 10 cm da extremidade – colocar a xylocaína gel lubrificando-a.</li> <li>11- Introduzir a sonda no interior da narina selecionada e avançar até a marcação.</li> <li>12- Fixar a sonda ao nariz e à testa utilizando esparadrapo.</li> <li>13- Conectar a seringa de 20 ml na ponta da sonda. Posicionar o estetoscópio na região epigástrica e introduzir, de forma rápida, 20 ml de ar, para auscultar o som da entrada do ar no estômago, ou utilizar a seringa de 20 ml para aspirar parte do suco gástrico, com o objetivo de certificar-se do posicionamento correto da sonda.</li> <li>14- Solicitar raio X tóracoabdominal, para visualizar o posicionamento da sonda.</li> <li>15-Após a confirmação do correto posicionamento da sonda, remover o fio guia.</li> <li>16- Posicionar o paciente confortavelmente e deixar a unidade em ordem.</li> <li>18- Registrar o procedimento em prontuário.</li> </ol>			
<b>Resultado Esperado</b>	Proporcionar nutrição adequada e administrar de medicação via SNE.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Se o paciente apresentar sinais de sufocamento, tosse, cianose ou agitação, retirar a sonda e reiniciar o procedimento após sua melhora.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro	505	
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Solicitado pelo Médico.		
<b>Condições Necessárias</b>	Água destilada ou soro fisiológico 100 ml, PVPI degermante, PVPI tópico, gazes, luva estéril, sonda uretral, xylocaína gel, aparadeira, campo fenestrado, EPI ( gorro, máscara e luvas).		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar bandeja, lavar as mãos, por EPI, explicar o procedimento ao paciente, colocar cliente em posição ginecológica ou lateralmente ( Sims ) com a perna superior flexionada na altura do joelho, se mulher. Posição supina, se homem.</li> <li>- Posicionar aparadeira, realizar higiene íntima com água destilada ou soro fisiológico, PVPI degermante e gaze (baixar prepúcio ou abrir grandes lábios; e realizar movimentos sempre de cima para baixo), degermar com PVPI tópico, proteger com gaze.</li> <li>- Abrir materiais sem contaminá-los.</li> <li>- Por luvas estéreis.</li> <li>- Pegar com mão dominante sonda uretral.</li> <li>- Colocar campo fenestrado.</li> <li>- Passar xylocaína na ponta da sonda uretral (xylocaína já numa gaze estéril ou no dorso da mão dominante com luva estéril – não se esquecer de desprezar porção inicial da mesma).</li> <li>- Abrir grandes lábios ou segurar o pênis com a mão dominante</li> <li>- Introduzir sonda na uretra até sair urina.</li> <li>- Massagear região pubiana para facilitar saída de diurese.</li> <li>- Retirar sonda uretral com auxílio de gaze e descartá-la.</li> <li>- Fazer higiene com soro ou água destilada.</li> <li>- Secar com gaze ou toalha.</li> <li>- Retirar aparadeira.</li> <li>- Vestir cliente.</li> <li>- Registrar a data do cateterismo, descrevendo o procedimento, o nº da sonda utilizada, o volume e o aspecto da diurese drenada.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	Esvaziamento da bexiga ou obtenção de amostra de urina estéril.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Condições patológicas pode comprometer a passagem do cateter (por exemplo, próstata aumentada) – solicitar auxílio do Médico de plantão. Em caso de contaminação, trocar material por outro estéril.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: TROCA DE FIXAÇÃO SNE</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem e Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Diariamente e se necessário.		
<b>Condições Necessárias</b>	- Micropore ou Esparadrapo e Luva de procedimento, - Tintura de benjoim ou Éter e gaze não estéril.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Explicar o procedimento ao paciente, 02- Reunir materiais necessários para troca de fixação, 03- Lavar as mãos, 04- Calçar luvas de procedimento, 05- Retirar a fixação antiga, cortar uma tira de micropore e esparadrapo para fixação da SNE, 06- Retirar a oleosidade do nariz ( face do paciente sobre a região em que a sonda deverá ser fixada com tintura de benjoim ou éter embebido na gaze não estéril), 07- Fixar uma tira de micropore sobre a pele e sobre esta , fixar a sonda com outra tira de esparadrapo, fixando sem tracionar a asa do nariz evitando isquemia do local, com consequente ulceração e necrose, 08- Datar a troca da fixação.		
<b>Resultado Esperado</b>	- Higiene e conforto do paciente, melhorando a estética e o risco de infecção.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de isquemia da asa do nariz, necrose ou ulceração, trocar a fixação para o lado contrário.		
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>		

506



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: TROCA DE FIXAÇÃO DE TQT</b>			
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Diariamente, ou se necessário mais de uma vez ao dia, se sujidade, ou hipersecretividade.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas de procedimento,</li> <li>- Esparadrapo e Gaze,</li> <li>- Máscara, óculos de proteção,</li> <li>- Avental, se necessário,</li> <li>- Fita para fixação de TQT,</li> <li>- Almotolia de éter ou tintura de benjoin.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Explicar o procedimento ao paciente, 02- No caso de troca de fixação da TQT: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) cortar, separar a quantidade necessária de fita para fixação da TQT,</li> <li>b) calçar luva de procedimento,</li> <li>c) retirar fixação antiga, verificar cuff,</li> <li>d) colocar nova fixação,</li> <li>e) colocar data,</li> <li>f) anotar no prontuário.</li> </ol>		
<b>Resultado Esperado</b>	Fixação de TQT livre de sujidade de forma a dá o melhor o melhor conforto ao paciente e diminuir o índice de infecção hospitalar, melhorar a estética do paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	No caso de saída acidental da cânula de TQT metálica, chamar médico plantonista.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

507



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: SONDAGEM VESICAL DE DEMORA</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Solicitado pelo Médico.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Água destilada ou soro fisiológico 100 ml, PVPI degermante, PVPI tópico, gases, luva estéril, sonda foley, xylocaína gel, seringa de 20 ml, coletor de urina estéril, aparadeira, campo fenestrado, esparadrapo e EPI (gorro, máscara e luvas).</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar bandeja, lavar as mãos, por EPI, explicar se possível o procedimento ao paciente, colocar cliente em posição ginecológica ou lateralmente com a perna superior flexionada na altura do joelho, se mulher. Posição supina, se homem.</li> <li>- Posicionar aparadeira, realizar higiene íntima com água destilada ou soro fisiológico, PVPI degermante e gaze (baixar prepúcio ou abrir grandes lábios; e realizar movimentos sempre de cima para baixo), degermar com PVPI tópico e proteger com gaze.</li> <li>- Abrir materiais sem contaminá-los, por luvas estéreis, pegar sonda de Foley e testar balão enchendo-o de ar com uma seringa de 20 ml estéril (não deve haver vazamento), conectar coletor estéril à sonda de Foley, colocar campo fenestrado, passar xylocaína na ponta da sonda uretral ou no dorso da mão dominante com luva estéril (não se esquecer de desprezar porção inicial da mesma).</li> <li>- Abrir grandes lábios ou segurar o pênis com a mão dominante</li> <li>- Introduzir sonda na uretra até drenar urina.</li> <li>- Inflar o balão: conectar seringa de 20 ml com água destilada e ejetar lentamente o líquido na via marcada da sonda. Repetir a indicação de volume registrada na própria sonda.</li> <li>- Colocar a bolsa em uma posição pendente. Não colocá-la sobre as grades do leito.</li> <li>- Fazer higiene com soro fisiológico ou água destilada, secar com gaze ou toalha e retirar aparadeira.</li> <li>- Fixar o cateter: mulher – com esparadrapo à face interna da coxa; homem – fixar na parte superior da coxa ou abdome inferior. Deixar alguma folga de modo que o movimento não cause tensão sobre o cateter.</li> <li>- Vestir cliente.</li> <li>- Registrar a data do cateterismo, descrevendo o procedimento, e o volume e aspecto da diurese se drenada.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Esvaziamento contínuo da bexiga.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Condições patológicas pode comprometer a passagem do cateter (por exemplo próstata aumentada) – solicitar auxílio do Médico de plantão. Em caso de contaminação, trocar material por outro estéril.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: RETIRADA DE ACESSO VENOSO CENTRAL</b>			
<b>Quem</b>	Médico ou Enfermeiro		509
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Solicitado pelo Médico, ocorrer obstrução do cateter, apresentar sinais de infecção de pele na localização do cateter, apresentar sinais de infecção do próprio cateter, endotelite bacteriana ou endocardite bacteriana, septicemia, lesões de câmara cardíaca, hemorragias, quando o paciente obtiver alta ou transferência da unidade ou estiver estável.		
<b>Condições Necessárias</b>	-Luva de procedimento e máscara, 01 pacote de curativo, 1 lâmina de bisturi e 1 pacote de Gaze, clorexidine alcoólica ou álcool a 70% e micropore.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>-Recolher o material necessário, fechar e retirar os equipos, deixando as vias do cateter tampadas, informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal.</p> <p>-Colocar EPI, retirar o penso do acesso, realizar antisepsia da inserção e pele em volta do cateter com uma lâmina de gaze embebida com clorexidina alcoólica, cortar os fios de sutura com a lâmina de bisturi, retirar o cateter, tracionando-o lentamente, pressionar o ponto de inserção em caso de possível sangramento, até interrupção do mesmo, aplicar curativo moderadamente compressivo com gaze e micropore.</p> <p>-Desprezar material contaminado, retirar as luvas, lavar as mãos e anotar o procedimento no registro de enfermagem.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Retirar o Cateter Central com técnica asséptica, sem ocasionar danos ao paciente.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Substituir o antisséptico por SF a 0,9% ou PVPI tópico quando houver lesões de pele ao redor do cateter;		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL</b>			510
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem ou Enfermeiro		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Coma ou estado delirante, anorexia persistente, náusea ou vômito secundário a distúrbio gástrico, aspiração recorrente, disfagia grave sob prescrição médica.		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringa de 20ml com bico</li> <li>- Equipo de bomba de infusão.</li> <li>- Nutrição enteral.</li> <li>- Luva descartável e máscara.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Receber a Nutrição Enteral, conferir nome, validade, horário e vazão. 02- Orientar o paciente sobre o procedimento. 03-Colocar máscara, higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento. 04- Conectar o equipo ao frasco de dieta. 05- Confirmar o posicionamento da sonda antes da administração. 06- Verificar o refluxo com a seringa de 20 ml 07- Verificar a velocidade da infusão e programar a bomba de infusão conforme prescrição. 08- Posicionar o paciente à 45º C, para prevenir refluxo. 09- Instalar a Nutrição Enteral. 10- Após o término da cada dieta, lavar a sonda com 20 ml de água filtrada.		
<b>Resultado Esperado</b>	A administração da dieta enteral quando indicado em prescrição médica.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- No caso de complicações gastrointestinais como náuseas, vômitos, estase gástrica, refluxo gastroesofágico, diarreia, desidratação, hiper-hidratação, obstrução da sonda , lavagem incorreta, comunicar ao enfermeiro de plantão e ao médico para que providências sejam tomadas. Neste caso, parar a dieta até que o problema seja solucionado.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO</b>			511
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Prescrição médica e quando necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Medicação prescrita: 1- Atrovent 2- Berotec - Soro fisiológico a 0,9% ( frasco de 10 ml), - Nebulizador ( copo de medicamento com tampa, máscara de Nebulização e tubo de silicone), - Máscara descartável ou fita para fixar na face caso o paciente não segure.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Explicar o procedimento ao cliente ou familiar, reunir o material e levá-lo ao paciente, 02- Lavar as mãos, colocar luva de procedimento. 03- Desconectar a tampa do copo de medicação. 04- Colocar as medicações nas dosagens prescritas. 05- Conectar o sistema ao nebulizador. 06- Testar o micronebulizador. 07- Colocar a máscara cobrindo o nariz e a boca do cliente. 08- Colocar o copo de medicações em posição vertical para não derramar seu conteúdo. 09- Ligar a rede de O2. 10- Lavar as mãos após o procedimento.		
<b>Resultado Esperado</b>	Medicar o cliente, umidificar vias aéreas , aliviar sintomas.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar médico plantonista.		
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: AFERIÇÃO DE DÉBITOS DE DRENOS</b>			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem ou Enfermeiros		
<b>Onde</b>	Enfermaria		
<b>Quando</b>	Dreno de tórax de 2 em 2 horas .		
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos,</li> <li>- EPI`s , ( luvas, máscara, óculos de proteção)</li> <li>- Caneta ou lápis,</li> <li>- Folha de registro.</li> </ul>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Lavar as mãos, 02- Vestir EPI`s, 03- Clampear dreno prévio a movimentação, 04- Situar reservatório horizontalmente ao nível dos olhos do observador, 05- Observar nível de conteúdo em escala graduada na lateral do reservatório, 06- Registrar em folha apropriada ( Registro de controles e cuidados especiais ) volume drenado, tipo de material drenado ( seroso, sanguinolento, etc. ), 07- Desclampear dreno. Obs.: Não elevar o dreno acima do ponto de drenagem, Deixar dreno desclampeado ao concluir a aferição, Informar sempre que houver alterações dignas de nota.		
<b>Resultado Esperado</b>	- Registro de débito em drenos.		
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Erro de aferição: Repetir a aferição.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

512



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Número	Página	
			Revisão	Data	513
<b>PROCEDIMENTO: ASPIRAÇÃO DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO</b>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem / Enfermeiros				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Presença de sons adventícios à ausculta, suspeita de bronco aspiração gástrica ou de via aérea superior. Crise súbita de insuficiência respiratória, sons ou movimentos audíveis de secreções.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis.</li> <li>- Sondas de aspiração de nº adequado e frasco para aspiração com extensões.</li> <li>- Máscara e óculos de proteção.</li> <li>- Avental, se necessário.</li> <li>- Estetoscópio.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>01- Explicar o procedimento ao paciente, se ele não estiver sedado.</p> <p>02- Preparar o frasco, conectando-o no sistema à vácuo.</p> <p>03- Testar o equipamento para verificar seu funcionamento.</p> <p>04- Certificar-se que a distância entre o frasco coletor e o sistema de pressão à vácuo são suficientes para realizar o procedimento.</p> <p>05- Avaliar as condições cardiopulmonares, antes de realizar o procedimento.</p> <p>06- Abrir embalagem de sonda ( somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor) e utilize o restante da embalagem para protegê-la, mantendo-a estéril.</p> <p>07- Manter próximo um frasco de água destilada para limpeza das extensões após o término do procedimento.</p> <p>08- Calçar luvas estéreis, com a mão dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a outra mão retirar a sonda de forma a mantê-la estéril.</p> <p>09- Promover a aspiração com a mão dominante, de forma contínua ou intermitente. 10- Retirar a sonda com a mão dominante, de forma rotativa, e esse passo deve durar 10 segundos. Repetir esse passo por 3 ( três ) vezes.</p> <p>11- Ao término da aspiração, promover a limpeza da sonda de aspiração com água destilada.</p> <p>12- Desprezar os materiais descartáveis, promover a limpeza dos extensores do frasco de aspiração e lavar as mãos.</p> <p>13- Reposicionar o paciente.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Manter desobstrução da via aérea, melhorar a troca gasosa, reduzindo risco de infecção, removendo secreções da traqueia e árvore brônquica.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Caso ocorra instabilidade cardiopulmonar como arritmia cardíaca ou desaturação, o procedimento de aspiração deve ser interrompido imediatamente e chamar médico plantonista.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: CONTROLE DE SINAIS VITAIS</b>					
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	A cada 6 horas e quando necessário				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caneta azul, vermelha,</li> <li>- Impresso de controle de sinais vitais da enfermaria,</li> <li>- Termômetro,</li> <li>- Glicosímetro,</li> <li>- Estetoscópio,</li> <li>- Tensiômetro.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Lavar as mãos antes e após o procedimento, 02- Verificar FC; FR; Temperatura, PA e HGT, 03- Realizar registros no impresso próprio, 04- Higienizar todo material utilizado e guardar em local apropriado.				
<b>Resultado Esperado</b>	Verificar e registrar as principais manifestações do organismo atentando para as suas variações que podem indicar patologias, necessitando de intervenção. Os mesmos podem ser observados, medidos e monitorados.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar ao Enfermeiro e Médico plantonista as não conformidades encontradas nos controles do paciente.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: GLICEMIA CAPILAR</b>				
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Conforme prescrição médica de HGT e se solicitado pelo enfermeiro ou médico plantonista, e em casos de emergência.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glicosímetro,</li> <li>- Fita teste,</li> <li>- Agulha 13x4,5 ou lanceta,</li> <li>- Algodão,</li> <li>- Álcool a 70%</li> <li>- Luvas de procedimento</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Preparar o material necessário. 02- Lavar as mãos. 03- Explicar o procedimento ao cliente. 04- Calçar as luvas. 05- Fazer antissepsia na porção distal lateral do dedo com algodão e álcool à 70%. 06- Esperar secar. 07- Posicionar o dedo de maneira a aumentar o fluxo sanguíneo. 08- Realizar punção capilar na porção distal lateral do dedo. 09- Coletar sangue na fita do glicosímetro. 10- Ocluir o local da punção com algodão favorecendo a homeostasia. 11- Desprezar o material utilizado em local apropriado. 12- Manter a unidade limpa e organizada. 13- Anotar o resultado na prescrição médica ou controle de enfermagem. 14- Higienizar o glicosímetro.			
<b>Resultado Esperado</b>	Leitura correta de glicemia capilar, evitando intercorrências.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o glicosímetro não estiver calibrado, providenciar calibração.</li> <li>- Conferir o código da fita e do glicosímetro.</li> <li>- Proceder nova punção se a gota não preencher completamente o espaço indicado na fita.</li> <li>- Em caso de alterações no resultado, comunicar ao enfermeiro e ao médico plantonista.</li> </ul>			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>516</b>					
<b>Procedimento: HIGIENE ÍNTIMA.</b>					
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	Pela manhã, durante o banho e quando necessário ( após evacuações, cada vez que for mudar a fralda do paciente).				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacia com água morna.</li> <li>- Sabonete líquido e neutro</li> <li>- Bucha de gaze não estéril ou compressa não estéril.</li> <li>- Luvas descartáveis.</li> <li>- Roupa limpa e fraldas descartáveis.</li> <li>- Pomada.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>01- Preparar o material necessário.</p> <p>02- Explicar o procedimento ao paciente.</p> <p>03- Colocar biombos em volta do leito garantindo a privacidade do cliente.</p> <p>04- Na mulher: colocar em região dorsal com as pernas flexionadas para fazer a limpeza dos grandes e pequenos lábios e da região do trato urinário com água, sabão e uma gaze ou compressa de frente para trás, enxaguar a área com água até tirar todo sabão , secar bem para que a umidade não provoque assaduras, aplicar pomada.</p> <p>05- No homem colocar o paciente em decúbito dorsal, lavar bem os testículos e o pênis com água e sabão e secar suavemente, baixar o prepúcio para que possa facilitar a limpeza da glândula, onde há grande acúmulo de esmegma.</p> <p>06- Região anal: Colocar o paciente na lateral; lavar a região com uma esponja embebida em água e sabão, de frente para trás, enxaguar com água e secar, aplicar pomada.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Remoção de sujidade , células mortas e promover conforto e bem estar ao paciente, evitar assaduras e futuras úlceras, estimular auto cuidado.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso a mucosa anal esteja irritada, passar algum creme apropriado recomendado pelo médico.</li> <li>- Chamar o enfermeiro e médico plantonista e comunicar alguma anormalidade.</li> </ul>				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>517</b>					
<b>Procedimento: MUDANÇA DE DECÚBITO</b>					
<b>Quem</b>	Técnicos de Enfermagem				
<b>Onde</b>	Enfermaria				
<b>Quando</b>	De 2 ( duas) em 2 ( duas) horas e quando necessário.				
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luva de procedimento</li> <li>- 01(um) ou 02 (dois) técnicos de enfermagem</li> <li>- Rolos.</li> </ul>				
<b>Descrição do Procedimento</b>	01-Explicar o procedimento ao paciente 02-Lavar as mãos e colocar luva de procedimento 03- A cada 2 (duas) horas mudar o decúbito do paciente para lateral esquerdo, dorsal e lateral direito, colocando um coxim ou rolo para descompressão de proeminências ósseas.				
<b>Resultado Esperado</b>	- Evitar úlceras de pressão, fazendo descompressão de sacro e proeminências ósseas.				
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	- Em caso de descompensação da hemodinâmica do paciente, chamar o enfermeiro de plantão e o médico plantonista e parar a mudança de decúbito.				
<b>Elaborado por:</b>				<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	
<b>Procedimento: PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Constatado óbito pelo médico plantonista.			
<b>Condições Necessárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lâmina de bisturi</li> <li>- Fralda</li> <li>- Seringas</li> <li>- EPI`s</li> <li>- Materiais para banho ( sabão líquido, bucha, etc. )</li> <li>- Algodão, gaze e bandeja inox</li> <li>- Pinça Pean ou similar ou kit de curativo</li> <li>- Ataduras, esparadrapo e caneta</li> <li>- Saco para acondicionar o corpo</li> <li>- Biombo e hamper.</li> </ul>			
<b>Descrição do Procedimento</b>	01- Vestir EPI`s e limitar espaços com biombos para garantir privacidade, 03- Realizar a limpeza do corpo, 04- Retirar instrumentos invasivos: drenos, sondas, cateteres, etc., 05- Proceder ao tamponamento de cavidades – caso não haja contraindicação religiosa/cultural – com algodão utilizando a pinça Pean, 06- Fechar os olhos do morto, colocar dentadura ou ponte móvel ( se houver) e, com o auxílio de ataduras de crepe, fixar o queixo, pés e mãos ( antes do corpo entrar em rigor mortis), 07- Colar etiqueta de identificação do corpo no peito do cadáver e na parte externa do saco cadavérico, 08- Colocar o corpo no saco cadavérico e encaminhar ao necrotério, devidamente protocolado. Obs.: Manter privacidade, Evitar o aparecimento de material obturador em cavidades, Realizar fixação antes de acontecer o rigor cadavérico, Identificar corretamente o corpo.			
<b>Resultado Esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar o corpo pós- morte</li> <li>- Limpeza e identificação</li> <li>- Evitar odores desagradáveis</li> <li>- Evitar saída de secreções e sangue</li> <li>- Adequar à posição do corpo antes que ocorra a rigidez cadavérica.</li> </ul>			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenação.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

		<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: ROTINA DO ENFERMEIRO</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	Enfermaria			
<b>Quando</b>	Diariamente.			
<b>Condições Necessárias</b>	Livro de ocorrência; Prontuário; Escala de serviço.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber o plantão e ler as ocorrências e relatórios;</li> <li>- Verificar carro de urgência e testar o desfibrilador;</li> <li>- Fazer distribuição de serviço diário e remanejar os funcionários, quando necessário;</li> <li>- Atualizar mapa de pacientes para cirurgia e conferir o prontuário dos pacientes em pré- operatório;</li> <li>- Visitar pacientes fazendo exame físico, realizando planos de cuidados;</li> <li>- Orientar organização para controle das altas, comunicar ao serviço social as altas hospitalares, orientar ao paciente de alta, quanto ao relatório de alta hospitalar, receita médica e revisão no ambulatório e atualizar o censo diário;</li> <li>- Fazer ronda, supervisionando cuidado prestado e anotações; supervisionar e orientar equipe quanto a: preparos de exames, cirurgias, transferências e avaliações;</li> <li>- verificar e encaminhar pedidos de consulta, solicitação de exames e solicitações não especificadas na prescrição médica.</li> <li>- Supervisionar cuidados técnicos e anotações de técnicos de enfermagem;</li> <li>- Receber as prescrições médicas, fazer aprazamento e encaminhar a segunda via para a farmácia e os pedidos de sala para o centro cirúrgico;</li> <li>- Observar o funcionamento da higienização;</li> <li>- Relacionar intercorrências e providenciar encaminhamento;</li> <li>- Passar plantão com enfermaria e postos de enfermagem arrumados;</li> <li>- Fazer relatório e ocorrências.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Plantão sem pendências e uma ótima assistência aos pacientes.			
<b>Em Caso de Anormalidade</b>	Comunicar a coordenadora.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

519

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento:</b> Massagem de Conforto					520
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Em horários prescritos				
<b>Condições Necessárias</b>	Luvas de procedimento, óleos, cremes, biombo e Prontuário.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Informar ao paciente sobre o procedimento e posicioná-lo no leito;            Expor o material a ser utilizado e calçar as luvas;            Reconhecer a área a ser massageada, cobrir a área que não está sendo massageada. Untar as mãos com óleos ou cremes. Progressivamente, massagear utilizando movimentos ascendentes, estimulação digital e tapotagem;            Retirar as luvas e lavar as mãos;            Deixar o ambiente em ordem e registrar no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b>            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório durante o procedimento;            Atentar para sondas, cânulas, cateteres, pensos, equipamentos;            Se detectar anomalias como: edema, lesões da pele, tumorações, equimoses, entre outros – deverá ser registrado e avisado ao médico;            Verificar junto a Fisioterapia, recomendações.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Conforto e relaxamento, hidratação da pele e prevenção de escara.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Prevenção de Úlcera de Pressão				521
<b>Quem</b>	Equipe de enfermagem			
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Em horários prescritos			
<b>Condições Necessárias</b>	Colchão casca de ovo/de água, luvas protetoras para calcâneo e panturrilhas, óleo de amêndoas, soluções hidratantes, biombo e Prontuário.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Definir junto ao médico o uso do colchão (casca de ovo ou colchão d'água);</p> <p>Comunicar ao paciente, colocar o colchão e forrá-lo, mudar o paciente de posição a cada duas horas e proteger panturrilhas e calcâneos com luvas protetoras;</p> <p>Realizar massagem de conforto com óleo de amêndoa e soluções hidratantes (ver POP específico);</p> <p>Observar presença de úlcera de decúbito, condições e fazer registros necessários.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório, durante o PROCEDIMENTO;</p> <p>Atentar para uso de sondas, cateteres, cânulas;</p> <p>Definir quais os decúbitos o paciente pode ficar;</p> <p>Definir qual produto mais adequado para realização do curativo (se necessário);</p> <p>Trocar o paciente sempre que estiver úmido ou com fezes.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Prevenção e cicatrização de escara de decúbito e proporcionar conforto ao paciente.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Sondagem Gástrica / Enteral			522
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, sonda nasogástrica ou enteral, seringa de 20 ml, luvas de procedimento, copo com água, estetoscópio, gel anestésico, adesivo, biombo, cuba rim, gaze, algodão, éter, esparadrapo.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Identificar o paciente e orientá-lo sobre a importância da sondagem e sua finalidade;</p> <p>Reunir o material, levando-o para a mesa de cabeceira do paciente, cercar o leito com biombos, se necessário e posicionar o paciente em Fowler ou sentado.</p> <p>Lavar as mãos com água e sabão e calçar as luvas.</p> <p>Retirar a sonda da embalagem segurando a mesma com auxílio da gaze, medir o circuito da sonda a ser introduzida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para estômago: nariz, lóbulo da orelha, xifóide (NOX);</li> <li>• Para duodeno: nariz, lóbulo da orelha, xifóide acrescido de mais 20 cm. Marca a distância total com uma fita adesiva.</li> </ul> <p>Lubrificar a sonda. Tratando-se de sonda enteral é necessária a lubrificação da sonda e o mandril.</p> <p>Introduzir a sonda nasogástrica na narina inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo até chegar ao ponto marcado, solicitando ao paciente que degluta a sonda, e respire pela boca.</p> <p>Introduzir a sonda enteral com o mandril na narina, inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo até chegar a um ponto resistente, remova o mandril do interior da sonda, segurando a mesma ao nível da narina.</p> <p>Aspirar a sonda com a seringa, observando a presença de conteúdo gástrico, logo após, injetar ar e concomitantemente, auscultar a existência de ruídos hidroaéreos no quadrante superior do abdome, confirmando a presença da sonda no estômago.</p> <p>Fixar a parte externa da sonda, na face, após desengordurar a pele com</p>		

	<p>éter. Na sonda enteral, deixar uma alça em forma de "U".</p> <p>Solicitar Raio X simples de abdome após 2h a 4h da passagem da sonda.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Orientar o paciente quanto a necessidade da permanência da sonda.</p> <p>Vigiar o paciente para não retirar a sonda e verificar possível desconforto do paciente.</p> <p>Não forçar a introdução da sonda, se encontrar resistência, tentar em outra narina.</p> <p>Observar orientação do fabricante das SNE's quanto à sua lubrificação. Se previamente lubrificada usar somente soro fisiológico.</p> <p>Se o paciente apresentar tosse ou cianose, interromper o procedimento até que ele se recupere.</p> <p>Atentar para limpeza das narinas e a troca da fixação sempre que necessário.</p> <p>Paciente com suspeita de traumatismo de base de crânio (com equimose periorbitária e liquorrágia) não passar sonda orogástrica.</p> <p>Comunicar a equipe médica: Presença de sangramento importante durante a sondagem e impossibilidade de introdução da sonda após várias tentativas.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Descomprimir o estômago, remover gás e líquidos, administrar medicações e dieta, obter conteúdo gástrico para exames, preparar para cirurgia.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

523



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Administração de Medicamento por Sondas (Nasogástrica, Enteral, Gastrostomia, Jejunostomia)			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		524
<b>Onde</b>	Junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos		
<b>Condições Necessárias</b>	Providenciar medicação prescrita, no copinho descartável identificado, seringa 20 ml, gaze, copo com água, estetoscópio.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Lavar as mãos, preparar a bandeja para a realização do procedimento, preparar a medicação e identificar o paciente pelo nome explicando-lhe o procedimento e elevar a cabeceira do leito, exceto quando contra indicado.</p> <p>- Certificar-se de que a sonda esteja no local, através do teste de ausculta abdominal ou aspiração do conteúdo gástrico, aspirar com seringa a medicação contida no copinho, dobrar a extremidade da sonda, abri-la, adaptá-la à seringa e introduzir a medicação na sonda, evitando a entrada de ar, lavar a sonda com 40 ml de água em média, após o término da medicação e fechar a sonda.</p> <p>- Providenciar descarte, limpeza e ordem do material, lavar as mãos e checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>- Durante o do procedimento, dobrar a sonda sempre que necessário, para evitar entrada de ar, manter a sonda fechada e abri-la após 30' da administração do medicamento, quando a sonda estiver sob drenagem, não administrar a medicação, caso o paciente esteja com regurgitação ou vômitos, lavar bem a sonda após administração de comprimidos dissolvidos ou triturados, não misturar medicações líquidas ou dissolvidas, no mesmo recipiente, comunicar e registrar: efeitos colaterais, reações adversas ou complicações apresentadas e recusa do medicamento pelo paciente.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Realização da terapêutica medicamentosa com eficácia e eficiência visando o pronto restabelecimento do paciente.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Cateterismo Vesical de Alívio				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			525
<b>Onde</b>	Junto ao leito do paciente			
<b>Quando</b>	Quando indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	Material p/ higiene íntima, seringa de 20 ml, luvas de procedimento estéril, gaze, gel lubrificante, sonda nelaton, aparadeira, cuba rim e coletor p/ exame.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Identificar o paciente e orientá-lo sobre a sondagem, reunir o material, colocar o paciente em posição adequada. (mulher: posição ginecológica; homem: decúbito dorsal), lavar as mãos, calçar as luvas, realizar higiene íntima e após, retirar as luvas e lavar as mãos com água e sabão, friccionando-as com álcool a 70%. Abrir o material, deixando a sonda na embalagem, sem contaminar, calçar as luvas estéreis e lubrificar a sonda com gel.</p> <p>- Realizar a sondagem feminina: afastar os pequenos lábios, com o dedo indicador e polegar, com auxílio da gaze visualizando o meato uretral. Mantendo esta posição, introduzir a sonda pelo meato na direção, para cima e para trás, cerca de 5 a 8 cm.</p> <p>- Realizar a sondagem masculina: colocar o pênis em posição vertical, afastando o prepúcio da glande; passa xilocaína na sonda e introduzir a sonda através do meato uretral cerca de 18 a 24 cm.</p> <p>- Escoar a urina dentro da cuba rim. Antes da retirada da sonda, fazer leve pressão sobre a região supra púbica, retirar a sonda vesical, após toda a drenagem da urina, providenciar descarte do material, retirar as luvas e lavar as mãos, friccionando-as com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem, checar o procedimento e registrar no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b> não forçar a introdução da sonda, se encontrar resistência; a escolha do calibre da sonda depende de uma prévia avaliação do paciente; ao colher o material para exame, deixar cair diretamente do coletor, com cuidado para não contaminar.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Aliviar a distensão vesical, coletar material para exame, controlar diurese			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Administração de Dieta por Sonda Enteral, Nasogástrica e Gastrostoma			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		526
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos		
<b>Condições Necessárias</b>	Dieta prescrita, copo com água filtrada, luvas de procedimento, seringa de 20ml, gaze, equipo e suporte de soro, bomba de infusão, estetoscópio.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos, reunir o material, inclusive a dieta, encaminhar-se ao paciente;</p> <p>Identificar o paciente, explicar o procedimento, elevar a cabeceira do leito, calçar luvas e aspirar conteúdo gástrico com a seringa para certificar do posicionamento, permeabilidade da sonda e observação do aspecto do retorno. Tratando-se de sonda enteral, é desnecessária aspiração;</p> <p>Dobrar a extremidade da sonda antes de abri-la, conectando a seringa c/ a dieta, ou o equipo com auxílio de uma gaze e introduzir a dieta lentamente, evitando a entrada de ar; ao término da dieta lavar a sonda com 40ml de água, removendo todo o resíduo alimentar;</p> <p>Fechar a sonda, providenciar descarte, limpeza e ordem do material; retirar as luvas, lavar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Em pacientes c/ dieta contínua, controlar gotejamento através de bomba de infusão;</li> <li>-Durante e após a administração da dieta, deixar o paciente com a cabeceira elevada por 1 hora, evitando assim a regurgitação e pneumonia aspirativa;</li> <li>-Caso o resíduo gástrico seja superior a 10ml, devolvê-lo e não administrar a dieta neste horário. Em crianças pequenas, o volume do resíduo gástrico deve ser observado conforme prescrição médica;</li> <li>-Hidratar o paciente nos intervalos das refeições, conforme prescrição;</li> <li>-Observar o aspecto e odor da dieta antes de administrá-la. Se gelada, tirar da geladeira 30' antes. As dietas administradas de forma contínua não devem ultrapassar o tempo de 6 h gotejando, devem ser substituídas, mesmo que não tenham terminado, devido ao risco de fermentação do alimento;</li> </ul>		

	-Caso a sonda não esteja posicionada corretamente ou permeável, e se o paciente apresentar náusea, vômito, distensão abdominal, sangramento e resíduo gástrico superior a 100ml, comunicar ao médico e registrar.
<b>Resultado Esperado</b>	Garantir uma nutrição adequada, em pacientes com impossibilidade ou dificuldade de deglutição.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Superiores – Via Nasal e Oral <span style="float: right;">528</span>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento, soro fisiológico/água destilada, gaze, borracha de látex, máscara, frasco de aspiração, oxímetro de pulso, monitor cardíaco.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Montar e testar o aspirador; lavar as mãos; preparar a bandeja; informar ao paciente sobre o procedimento; elevar a cabeceira; abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem; colocar EPI; ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na cavidade nasal e oral, com a borracha pinçada; fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15”), retirando a sonda lentamente com movimento giratório; aspirar soro fisiológico ou água destilada, após cada aspiração. Repetir o procedimento, em intervalos de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente; monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de O<sup>2</sup>; lavar a sonda e o látex, aspirando soro fisiológico/água destilada; desconectar e desprezar a sonda; proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda/gaze; providenciar descarte e limpeza do material; retirar as luvas, lavar as mãos; registrar o procedimento em prontuário.</p> <p><b>Observações:</b> não fazer aspiração desnecessária, para evitar lesão das mucosas; na aspiração das vias aéreas superiores, utilizar a mesma sonda aspirando primeiramente a cavidade nasal em seguida a oral; para facilitar a aspiração oral em pacientes inconscientes, deve-se virar a cabeça para o lado que se deseja aspirar; realizar higiene oral 3x/dia; desprezar o restante do soro fisiológico/água destilada utilizados; observar a presença de hipoxemia, ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas e interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, mantendo padrão ventilatório e proporcionando conforto ao paciente.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Aspiração das Vias Aéreas Inferiores – Via Traqueostomia/Cânula Endotraqueal			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	Junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador completo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento estéril, soro fisiológico ou água destilada, gaze, borracha de látex e máscara, prontuário, frasco de aspiração, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, respirador.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Montar e testar o aspirador.</p> <p>Lavar as mãos, realizar desinfecção da bandeja e preparar o material para a realização do procedimento.</p> <p>Informar ao paciente o procedimento a ser realizado, colocando o mesmo com a cabeceira elevada, caso não haja contra indicação.</p> <p>Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</p> <p>Colocar a máscara e as luvas.</p> <p>Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na traqueostomia ou tubo endotraqueal com a borracha pinçada e fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha entre (10 a 15”), retirando a mesma lentamente com movimento giratório.</p> <p>Aspirar soro fisiológico ou água destilada, após aspiração para lavar a sonda. Repetir o procedimento, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</p> <p>Desconectar a sonda, desprezá-la e proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antissepsia, friccionando com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de oxigênio.</p> <p>Não fazer aspiração desnecessária para evitar lesão das mucosas hipóxia e arritmias.</p> <p>Realizar troca do conjunto (borracha e frasco).</p> <p>Desprezar as secreções do vidro de aspiração no expurgo, registrando o volume e aspecto da secreção.</p> <p>Atentar para desconforto respiratório, ansiedade, arritmias.</p> <p>Comunicar ao médico alterações. Caso o paciente esteja no respirador ou em uso de cateter através da traqueostomia / tubo endotraqueal, desconectar ou retirar o cateter, protegendo as suas extremidades com gaze.</p> <p>Atentar para comunicação não verbal do paciente durante o</p>		

	<p>PROCEDIMENTO (expressão facial, movimentos do corpo, olhar, etc.).</p> <p>Observar a sequência da aspiração; 1ª aspiração traqueal, seguida da nasal e oral, podendo utilizar a mesma sonda.</p> <p>Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração.</p> <p>Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório <sup>550</sup>, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário.</p> <p>Caso a secreção esteja espessa, pode-se fluidificá-la com soro fisiológico 0,9% ou água destilada.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, melhorar o padrão ventilatório e oxigenação e proporcionar conforto ao paciente.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Ressuscitação Cardiorespiratória em Adulto					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				531
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Quando necessário e indicado				
<b>Condições Necessárias</b>	Monitor cardíaco, tábua de reanimação, carro de emergência (ver POP específico), desfibrilador, oxímetro de pulso, bomba de infusão, aspirador e material para aspiração; medicamentos e material descartável.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Medidas Básicas: constatar PCR: detectar inconsciência → solicitar ajuda; verificar respiração (olhar, sentir, ouvir) e batimentos cardíacos (carotídeo ou femoral); posicionar paciente em decúbito dorsal em superfície rígida. Iniciar o A-B-C;</p> <p>A – Abrir vias aéreas: colocar cabeça em dorso-flexão e aspirar secreções;          B – Ventilar inicialmente 2 vezes com ambú, conectar O2 (12 a 15 litros) e observar expansão torácica          C – Compressões torácicas no terço inferior do esterno          1 socorrista → 2 ventilações X 15 compressões          2 socorristas → 1 ventilação X 5 compressões</p> <p>Medidas Avançadas: estabelecer as funções dos membros da equipe (máximo de 4); 1º socorrista coordena a equipe e assume a ventilação (médico); 2º socorrista realiza compressões torácicas e coordena junto ao médico (enfermeiro); 3º socorrista providencia acesso venoso, prepara e administra medicamentos (Enfermeiro e Tec. de Enfermagem); 4º socorrista dá apoio aos membros da equipe na punção venosa e medicações, mantém contatos telefônicos e providencia materiais. (Tec. de Enfermagem); colocar carro de emergência próximo ao leito; monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório; atentar e atuar para arritmias cardíacas; preparar material para intubação endotraqueal e auxiliar no procedimento; providenciar acesso venoso periférico e manter acesso com SF 0,9%; preparar medicações (inicialmente adrenalina e atropina), identificar as seringas – aguardar orientação médica: imediatamente após uso, mantê-las preparadas para nova administração; ligar desfibrilador e auxiliar na desfibrilação, se indicado; aspirar secreção oral e traqueal; registrar horário da PCR e da administração das medicações; manter atuação junto a equipe médica até a recuperação do paciente ou decisão de interromper a RCR; contatar laboratório, Raio X, se indicado; observar nível de consciência; providenciar após o término da PCR, a reposição, ordem e limpeza dos materiais utilizados; registrar no prontuário as manobras executadas, estado geral do paciente.</p> <p><b>Observações:</b>          Garantir a privacidade do paciente;          Utilizar os EPI's necessários;          Manter o ambiente o mais organizado possível;          Colocar balde de lixo próximo ao leito;          Não deixar materiais e equipamentos sobre o leito;          Reservar as ampolas vazias e invólucros descartáveis para posterior reposição e registro;          Iniciar manobras básicas nos primeiros 4 minutos de PCR;</p>				

	Iniciar manobras avançadas até 8 minutos de PCR;  Interromper fluxo de soluções e medicações em uso, instalar SF em 20ml/Kg ou conforme indicação médica; Interromper fluxo de dieta via gástrica ou enteral, colocar sob aspiração; Caso seja constatado o óbito – ver POP específico.
<b>Resultado Esperado</b>	Retorno do paciente nas condições hemodinâmicas; Recuperar pacientes vítimas de PCR em tempo hábil, evitando danos cerebrais.
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Controle de Visitas					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				533
<b>Onde</b>	Recepção da UTI				
<b>Quando</b>	Diariamente e no início dos 02 turnos de visitas a pacientes.				
<b>Condições Necessárias</b>	-Lista dos pacientes internados com o número do leito; -Material para higiene das mãos; -Boletim de orientação aos visitantes, crachá e caneta.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checar com a enfermeira se o paciente está pronto para receber as visitas;</li> <li>- Receber os visitantes com crachá e explicar sobre a rotina da visita e encaminhar os visitantes para a lavagem das mãos e conduzi-los para junto do seu paciente;</li> <li>-A enfermeira deve apresentar-se ao visitante e colocar-se à disposição para explicações sobre o estado geral do paciente;</li> <li>-Dar esclarecimento, oferecendo conforto e segurança aos visitantes;</li> <li>-Cronometrar o tempo de permanência e número de visitas por paciente;</li> <li>- Facilitar a visita aos pacientes instáveis e em estados terminais e dar apoio emocional aos visitantes e pacientes;</li> <li>- Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório do paciente durante a visita.</li> <li>- Controlar a quantidade de visita e tempo por visitante para possibilitar a visita de todos;</li> <li>- Orientar visitantes quanto aos alarmes e equipamentos em uso do paciente;</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	Acesso controlado dos visitantes; Orientar sobre o estado geral do paciente.				
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Rotina Administrativa da UTI</b>				
Quem	Enfermeira			534
Onde	UTI			
Quando	Diariamente e continuamente.			
Condições Necessárias	Livro de relatório de paciente Escala de serviço distribuição de serviço Impressos/Equipamentos/ instrumental/ materiais Prontuário dos pacientes e livro de ocorrência			
Descrição do Procedimento	<p>Ler o livro de relatório de paciente e de ocorrências;            Dar providências necessárias, quanto às ocorrências registradas;            Inspeccionar o setor, quanto a organização e limpeza;            Checar presença do pessoal e realizar distribuição das tarefas;            Visitar pacientes e checar cuidados;            Verificar admissões na UTI através do mapa cirúrgico;            Checar funcionamento dos equipamentos;            Manter e prover material necessário;            Prestar orientação quanto ao desempenho do serviço;            Elaborar rotinas e revisar as existentes;            Fazer solicitação de roupa, lap, compressas para lavanderia;            Tomar conhecimento, das condições dos instrumentais, e fazer as devidas substituições;            Verificar altas diárias e vagas nas unidades de internação;            Comunicar ao centro cirúrgico, condições dos materiais para atender os procedimentos;            Acompanhar indicadores gerenciais da UTI (índice de infecção hospitalar, número de óbito, internação);            Tomar conhecimento das cirurgias de urgência que irão para UTI e suspensão de cirurgias;            Checar distribuição de material, observando a regularidade do fornecimento;            Fazer escala mensal da equipe de enfermagem;            Solicitar serviço de manutenção prévia para equipamentos;            Supervisionar o serviço dos auxiliares de enfermagem e auxiliar operacional;            Emitir parecer técnico na compra de equipamentos e materiais;            Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;            Planejar e executar programas de treinamento e educação continuada;            Controlar os equipamentos e materiais disponíveis na unidade;            Comunicar a coordenação de enfermagem intercorrências na unidade;            Fazer relatório das atividades da UTI;            Controlar custos;            Conferir fichas de gastos.            Lavar as mãos antes e após PROCEDIMENTO;            Registrar intercorrências;            Supervisionar uso de EPI's.</p>			
Resultado Esperado	Otimização do serviço; Viabilizar o funcionamento do serviço com eficiência e eficácia.			
Elaborado por:			Aprovado por:	



		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Solicitação de Sangue e Hemoderivados				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			535
<b>Onde</b>	UTI			
<b>Quando</b>	Sempre que houver necessidade.			
<b>Condições Necessárias</b>	Solicitação de sangue e hemoderivados Prontuário e telefone			
<b>Descrição do Procedimento</b>	Confirmar solicitação de sangue e hemoderivados; Contatar com a agência transfusional e solicitar a quantidade de bolsas prescritas; Registrar no prontuário o horário que foi solicitado o sangue e o horário da sua instalação e do término; Dar apoio emocional ao paciente; Registrar no prontuário o volume infundido. Registrar intercorrências em Prontuário; Monitorizar queixas e intercorrências, durante a infusão; Verificar dados vitais e registrar; Vigilância contínua; Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório; Explicar a necessidade do PROCEDIMENTO ao paciente.			
<b>Resultado Esperado</b>	Utilização de sangue e derivados conforme solicitação médica.			
<b>Elaborado por:</b>			<b>Aprovado por:</b>	

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Rotina da Enfermeira do Serviço Noturno			
<b>Quem</b>	Enfermeira		
<b>Onde</b>	UTI		536
<b>Quando</b>	Diariamente e continuamente.		
<b>Condições Necessárias</b>	Caneta de cor vermelha, livro de ocorrências e de relatório, prontuário, distribuição de serviços e Escala Mensal, medicamentos, materiais diversos, equipamentos e carro de emergência		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Receber o plantão, ler as ocorrências e relatórios;</p> <p>Checar carro de emergência e presença de equipe;</p> <p>Fazer distribuição de serviço diário;</p> <p>Fazer visita aos pacientes estabelecendo prioridades;</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem;</p> <p>Dar apoio emocional aos pacientes e familiares;</p> <p>Fazer planos de cuidados;</p> <p>Monitorizar o ritmo cardíaco de todos os pacientes;</p> <p>Checar material necessário para o serviço;</p> <p>Revisar prontuários, deixando-os arrumados seguindo a ordem, verificar se tem solicitação de exame, plano de alta ou de cirurgia;</p> <p>Administrar medicação venosa prescrita;</p> <p>Checar relatório de acordo com o padrão estabelecido;</p> <p>Observar o funcionamento da higienização e supervisionar o serviço de enfermagem;</p> <p>Controlar psicotrópicos e registrar;</p> <p>Avaliar necessidade do uso dos equipamentos e seu funcionamento (oxímetro de pulso, ECG);</p> <p>Fazer registros necessários no Prontuário, relatório e ocorrência de enfermagem;</p> <p>Passar o plantão (conforme POP específico);</p> <p>Comunicar a equipe médica intercorrências;</p> <p>Fazer evolução de enfermagem às 19:0h e fechar prontuário às 6:00h com a evolução do paciente nas 24 horas.</p> <p>Usar crachá de identificação;</p> <p>Usar dos EPI's e lavar as mãos antes e depois dos PROCEDIMENTOS;</p> <p>Atentar para alarmes dos equipamentos, para o período de troca das</p>		

	<p>sondas e cateteres e registrar;</p> <p>Manter a unidade em ordem;</p> <p>Assegurar privacidade do paciente;</p> <p>Orientar auxiliares de enfermagem, sempre que necessário;</p> <p>Discutir com equipe médica, intercorrências e PROCEDIMENTOS.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Eficiência e eficácia no serviço de enfermagem. <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">537</span>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>



	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento:</b> Rotina do Período Matutino e Vespertino da UTI			
<b>Quem</b>	Técnico de Enfermagem		538
<b>Onde</b>	UTI		
<b>Quando</b>	Diário		
<b>Condições Necessárias</b>	Prontuário, livro de registro de paciente, livro de distribuição diário do serviço e livro de ocorrência, caneta, termômetro, estetoscópio, tensiômetro, medicações, materiais e equipamentos, livro de Relatório e Escala de Serviço		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Participar da passagem de plantão, ler a ocorrência e relatório;          Observar a distribuição do serviço diário;          Lavar as mãos com água e sabão;          Estabelecer prioridade da assistência;          Administrar medicação conforme prescrição médica e checar;          Prestar cuidados higiênicos (conforme POP específico) e registrar;          Dar apoio emocional ao paciente;          Verificar sinais vitais e monitorizar ritmo cardíaco e registrar;          Fazer controle de material e arrumar a unidade;          Controlar líquidos administrados e eliminados e registrar;          Encaminhar e/ou acompanhar pacientes para altas/ transferências;          Monitorizar acesso venoso e controlar gotejamento das soluções venosas;          Controlar acesso de visitas e atualizar livro de registro dos pacientes;          Revisar carro de emergência;          Solicitar serviço de higienização para limpeza da UTI;          Observar funcionamento de sonda e cateteres;          Fazer anotações de enfermagem no prontuário;          Administrar alimentação prescrita e registrar aceitação;          Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto;          Aspirar secreção oral e traqueal, se necessário;          Observar nível de consciência e registrar;          Promover o conforto dos pacientes e assegurar a privacidade dos pacientes;          Pegar material estéril no CME e levar material sujo ao expurgo;          Encaminhar pacientes para exames;          Realizar higiene íntima e registrar.          Qualquer alteração deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira;          Usar de crachá de identificação e EPI's.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Prestar uma assistência de enfermagem de qualidade.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
Procedimento: Conferência do Carro de Emergência				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			539
<b>Onde</b>	UTI			
<b>Quando</b>	No início de cada turno de trabalho e após cada uso.			
<b>Condições Necessárias</b>	Anexo 1 (Relação de Materiais do Carro de Emergência) Anexo 2 (Relação de Medicamentos do Carro de Emergência)			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>O enfermeiro deve escalar um auxiliar para conferência do carro diariamente nos três turnos;            Conferir todo o material e medicamentos do carro de acordo com a padronização;            Verificar a validade do material estéril e das medicações, solicitando à farmácia e ao CME a substituição quando necessário;            Repor o material e medicamentos do carro conforme a rotina;            Testar ambú, laringoscópio e desfibrilador diariamente em todos os turnos.            Evitar utilizar medicação e equipamento do carro de PCR, para outros PROCEDIMENTOS;            Manter o carro arrumado e conferido;            Manter carro em local pré-estabelecido ou perto dos pacientes mais graves ou instáveis;            Atentar para testar pilhas frequentemente.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Disponibilizar o carro de emergência com material e equipamentos necessários para pronto uso.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
Procedimento: Rotina de Óbito				540
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			
<b>Onde</b>	UTI			
<b>Quando</b>	Sempre que ocorrer óbito na Unidade.			
<b>Condições Necessárias</b>	Prontuário e documentos do paciente Pertences do paciente e livro de protocolo Atestado de Óbito, Censo e etiqueta de identificação.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Assegurar-se da constatação do óbito do paciente pelo médico no prontuário;</p> <p>Providenciar impresso de Declaração de óbito e entregar ao médico plantonista;</p> <p>Comunicar o óbito ao Serviço Social;</p> <p>Receber familiares e prestar esclarecimentos juntamente com o médico;</p> <p>Prepara o corpo (ver POP específico);</p> <p>Devolver pertences do paciente à família, devidamente protocolados;</p> <p>Solicitar o transporte do corpo ao necrotério;</p> <p>Providenciar limpeza do leito/ unidade;</p> <p>Registrar todos os dados das condições do óbito e horário da ocorrência em conformidade com o preenchimento da Declaração de Óbito no prontuário;</p> <p>Organizar prontuário e encaminhar ao Setor de Contas Médicas;</p> <p>Registrar no censo, dia e horário do óbito.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Encaminhamento do corpo ao destino adequado.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
Procedimento: Alta do Paciente Para a Enfermaria				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			541
<b>Onde</b>	UTI			
<b>Quando</b>	Quando indicado.			
<b>Condições Necessárias</b>	Maca ou cadeira de rodas, torpedão de oxigênio e suporte para soro; Camisola/ pijama, lençóis; Prontuário, Exames, medicamentos em uso e livro protocolo			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar alta ao paciente e familiares;</li> <li>- Certificar-se da existência do leito na unidade receptora e constatar assinatura da alta e resumo médico;</li> <li>- Organizar prontuário com exames radiológicos, TC, RM, etc. e protocolar prontuário, exames, medicamentos e pertences do paciente no momento da alta;</li> <li>- Realizar contato prévio com a enfermeira da unidade que receberá o paciente, informando estado geral do paciente e suporte terapêutico;</li> <li>- Encaminhar o paciente à Unidade, acompanhado do técnico de enfermagem registrando no prontuário;</li> <li>- Auxiliar na acomodação do paciente no leito da unidade receptora observando soros e cateteres;</li> <li>- Retornar a unidade com a cadeira de rodas ou maca e dar baixa no censo nos campos pertinentes a alta;</li> <li>- Verificar sinais vitais no momento da transferência do paciente do leito para a maca ou cadeira de rodas e registrar;</li> <li>- Durante o transporte, monitorizar padrão ventilatório, sondas, cateteres, soluções, queixas e alterações.</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Transferir adequadamente o paciente oferecendo conforto e segurança.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Relatório de Transferência Para Outra Unidade Hospitalar			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		542
<b>Onde</b>	UTI		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Impresso de relatório de alta, carbono, prontuário e livro de protocolo Pertences do paciente		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Preencher relatório de forma legível, registrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivo da internação;</li> <li>- Evolução clínica/ cirúrgica até o momento da saída do paciente;</li> <li>- Exame físico e dados vitais;</li> <li>- Procedimentos invasivos realizados, resultado de exames e terapêutica medicamentosa em uso;</li> <li>- Queixas, alterações, intercorrências e estado geral do paciente no momento da alta;</li> </ul> <p>Assinar e colocar número do COREN;          Preencher relatório em 2 vias; entregar a 1ª para a unidade de destino e a 2ª anexar ao prontuário do Hospital;</p> <p>Observações: preencher o relatório, baseando-se nos dados registrados no prontuário do paciente.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Informações precisas sobre o paciente.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Admissão do Paciente na UTI			
<b>Quem</b>	Enfermeira		543
<b>Onde</b>	UTI		
<b>Quando</b>	Quando indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Deixar o leito previamente arrumado com cobertor e roupas para o paciente; Disponibilizar o monitor cardíaco (ligado), tensiômetro, oxímetro, estetoscópio, termômetro, relógio, respirador (montado), aspirador, bomba de infusão, eletrodos; Providenciar gaze, cateter de oxigênio, algodão, sonda de aspiração, atadura de crepom, luvas, gel condutor, cuba rim, aparadeira, papagaio, equipos de soro, suporte de soro e luvas; Manter carro de emergência pronto para uso.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	Lavar as mãos; Receber o paciente chamando-o pelo nome (independente do nível de consciência) e colocá-lo no leito, observando seu estado clínico/cirúrgico; Monitorizar o paciente (ver POP específico), verificar sinais vitais e registrar; Dar apoio emocional; Realizar exame físico, observar e registrar: Nível de consciência; Estado emocional; Estado hemodinâmico; Presença de pensos, escaras, próteses; Funcionamento intestinal e urinário; Ausculta cardíaca, abdominal e pulmonar; Trocar roupa do paciente, se necessário; Realizar procedimentos de enfermagem (sondagens, punção venosa, aspiração, entre outros, se necessário); Realizar admissão, evolução e prescrição de enfermagem no prontuário; Realizar plano de cuidado de enfermagem no prontuário; Solicitar exames (Raio x, laboratório), se prescrito; Aprazar e administrar medicações prescritas; Comunicar ao serviço de nutrição a admissão; Registrar no prontuário, ocorrência, relatório e censo a admissão do paciente; Monitorar ritmo cardíaco e padrão ventilatório; Prestar cuidados de enfermagem, sempre que necessário; Escalar um Técnico de Enfermagem para assistir ao paciente; Registrar intercorrências. <b>Observações:</b> Caso tenha pertences, deve entregá-los aos familiares, devidamente protocolados; Manter carro de emergência, próximo e completo; Usar EPI's; Orientar paciente e familiares quanto as rotinas da unidade;		



	Assegurar a privacidade do paciente; Manter vigilância contínua.
<b>Resultado Esperado</b>	Reduzir a mortalidade pela provisão de cuidados; Observação e cuidado individualizado, contínua e integral.
Elaborado por:	Aprovado por:

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>		<b>Data</b>
Procedimento: Rotina do Período Noturno dos Técnicos de Enfermagem					
Quem	Técnico de Enfermagem <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">545</span>				
Onde	UTI				
Quando	Plantões Noturnos				
Condições Necessárias	Livro de ocorrência, livro de relatório e distribuição do serviço Prontuário, Plano de cuidados e caneta de cor vermelha Material Médico Hospitalar e Medicamentos Dieta, roupas, equipamentos e soluções				
Descrição do Procedimento	<p>Receber o plantão de acordo com POP específico;            Ler a ocorrência e observar a distribuição do serviço noturno feito pelo enfermeiro.            Visitar pacientes escalados, verificar o plano de cuidados de enfermagem e executar.            Verificar sinais vitais e registrar;            Ajudar e/ou administrar a alimentação da paciente. Registrar aceitação;            Administrar medicação prescrita no horário, conforme aprazimento e checar;            Controlar gotejamentos de soluções venosas;            Dar apoio emocional ao paciente;            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;            Aspirar secreção orotraqueal sempre que necessário;            Realizar mudança de decúbito e massagem de conforto;            Monitorizar infusões venosas;            Monitorizar saturação de oxigênio;            Observar queixas e alterações;            Realizar higiene íntima e oral;            Controlar líquidos administrados e eliminados e registrar;            Auxiliar o enfermeiro e médico nos PROCEDIMENTOS;            Observar alterações com o paciente e comunicar ao enfermeiro;            Arrumar prontuário;            Fazer controle de material;            Levar material sujo ao expurgo e pegar material esterilizado no CME;            Conferir carro de emergência;            Promover a estética de unidade;</p> <p><b>Observações;</b>            Estas atividades serão supervisionadas pelo enfermeiro do plantão;            Qualquer alteração com o paciente deverá ser comunicada imediatamente ao enfermeiro;            Lavar as mãos antes e após PROCEDIMENTOS;            Uso de crachá de identificação.            Manter vigilância contínua</p>				
Resultado Esperado	Assistência de qualidade do auxiliar de enfermagem.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
Procedimento: Distribuição de Serviço Diário					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				546
<b>Onde</b>	Posto de Enfermagem da UTI				
<b>Quando</b>	Diariamente, logo após receber o plantão em cada turno.				
<b>Condições Necessárias</b>	Impressos de distribuição de serviço, escala de serviço, caneta e censo diário				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Enfermeiro faz a distribuição de serviço, de acordo com número de funcionários por turno X número de leitos por turno;</p> <p>Enfermeiro analisa as prioridades para o remanejamento;</p> <p>Feito o remanejamento o enfermeiro encaminha a movimentação pessoal ao setor de pessoal.</p> <p>Enfermeiro deve revisar a escala do dia seguinte avaliando a necessidade do remanejamento.</p> <p>Enfermeiro deve avaliar: gravidade do paciente; tipo de patologia; sexo do paciente; tipo de cuidados;</p> <p>Fazer remanejamento de cuidado do paciente / funcionário / dia</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Cumprimento da escala.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
Procedimento: <i>Controle de Materiais, Medicações na UTI</i>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			547
<b>Onde</b>	UTI			
<b>Quando</b>	Diariamente e a cada turno de trabalho.			
<b>Condições Necessárias</b>	Material, medicação; Impressos próprios e caneta; Livro de controle de material ou lista padrão.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer a contagem dos materiais e medicamentos e registrar as faltas, baseado na lista padrão;</li> <li>- Verificar no armário reserva, as sobras do final de semana;</li> <li>- Fazer a solicitação do material e medicação necessários, separada por postos;</li> <li>- Escalar um funcionário para controlar material permanente;</li> <li>- Técnico de enfermagem escalado conta todo o material e registra em livro apropriado a quantidade encontrada e a Enfermeira checa e assina o controle do período anterior;</li> </ul> <b>Observações</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A reposição de material e medicamento deve ser feita após análise do número e tipo de pacientes internados e possíveis intercorrências;</li> <li>- A lista padrão de materiais e medicamentos deverá permanecer anexa em cada local;</li> <li>- A reposição deverá cobrir 24 horas;</li> </ul> Qualquer empréstimo ou conserto de material permanente deverá ser registrado no livro apropriado.			
<b>Resultado Esperado</b>	Controle do material e medicamento da unidade; Disponível de material e medicamento necessário para 24h.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Monitorização de Pressão Arterial Média Invasiva (PAM)			
<b>Quem</b>	Enfermeira		548
<b>Onde</b>	UTI (no leito do paciente).		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário.		
<b>Condições Necessárias</b>	Suporte para soro, equipos macro e microgotas, Pressurizador; Solução salina – 250 ml de S.F. 0,9%, Heparina venosa 0,5 ml; 03 dispositivos (torneirinhas) e cateter de baixa complacência; Transdutor, domo, monitor de pressão, régua de nível; Par de luvas estéreis, esparadrapo; Prontuário.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos, organizar todo o material junto ao leito e explicar o procedimento ao paciente;          Posicionar o paciente em decúbito dorsal (braço aberto), medir e marcar a linha axilar média, nivelando com a torneirinha 01, aberta com a régua de nível;          Calçar luva estéril, fechar o sistema para o tubo rígido (complacência) torneirinha 02, abrindo a saída lateral para o ar atmosférico;          Chamar o menu do monitor de pressão, zerando o sistema e identificar no osciloscópio a linha zero e o valor numérico das pressões (sistólica/diastólica e mediana);          Confirmar a calibração, o monitor registrará zero (0). A seguir, fechar a torneirinha 01, obturando a saída lateral;          Puxar dispositivo do intraflow, irrigando cateter, antes de abrir a torneirinha 02 para o domo-transdutor;          Abrir torneirinha 02 e instalar o sistema de cateter intravascular, tubo rígido (30-120cm) domo-transdutor;          Averiguar curva e valores numéricos das pressões, registrando-as em prontuário;          Posicionar adequadamente e arrumar o paciente.</p> <p><b>Observações:</b>          Todo o circuito deverá ser irrigado com solução heparinizada;          O pressurizador deverá estar a uma pressão de 300mmHg;          Na ausência de domo-transdutor, utilizar equipo microgotas e coluna de mercúrio: "cachimbo";          Realizar curativos diários e compressivos em local de inserção do cateter;          Trocar solução de irrigação a cada 24 h;          Atentar para sinais de sangramento em local de inserção do cateter;          Manter circuitos (linhas) livres atentando para dobras e tração;          Monitorar não apenas curva numérica, mas também gráfico da amplitude pressórica;          Averiguar sinais: dor, calor e hiperemia no local na inserção do cateter;          Tempo de permanência do cateter em artéria é de 72h (checar com a CCIH);          Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;          Registrar queixas e alterações;          Comunicar ao médico Intensivista, valores acima ou abaixo da</p>		

	normalidade; Não deixar ar no equipo.
<b>Resultado Esperado</b>	Monitorizar parâmetros de medida da PAM.
Elaborado por:	Aprovado por:

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>		<b>Página</b>	
				<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Troca do Selo D'água</b>							
<b>Quem</b>	Enfermeiro						550
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)						
<b>Quando</b>	Diariamente, em horários preestabelecidos.						
<b>Condições Necessárias</b>	Prontuário, luva estéril, esparadrapo, coletor estéril, soro fisiológico 0,9% e Pinça forte.						
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos, organizar o material e comunicar o procedimento ao paciente;</p> <p>Observar e registrar a quantidade e característica da secreção do frasco coletor;</p> <p>Calçar luvas, clampar o dreno para a retirada da tampa do coletor e posteriormente desprezar o volume de secreção drenada;</p> <p>Colocar o soro fisiológico 0,9% dentro do frasco coletor na quantidade adequada de 2cm de soro até a ponta do tubo e instalar o coletor estéril com o conteúdo de solução salina;</p> <p>Colocar o esparadrapo e marcar onde se encontra o volume do selo d'água, colocar data, registrando o volume e a hora;</p> <p>Desclampar o dreno, registrar o procedimento em prontuário;</p> <p>Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório.</p> <p><b>Observação:</b></p> <p>Na troca do frasco do dreno clampar circuito em porção distal e proximal do local de inserção. A ponta do tubo do dreno ficará imersa em 2 cm de soro do frasco;</p> <p>Comunicar aoplantonista se houver borbulhamento de ar no frasco, aumento súbito ou diminuição súbita da secreção drenada.</p>						
<b>Resultado Esperado</b>	Manter eficácia da pressão da drenagem torácica.						
Elaborado por:				Aprovado por:			

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados Com o Uso do Desfibrilador e Cardioversão Elétrica</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		551
<b>Onde</b>	UTI ( junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Quando indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Desfibrilador completo, gel condutor, gaze, álcool 70%, eletrodos, monitor cardíaco, cânula de Guedel e cateter de O2; Material para contenção; Medicação prescrita e carro de emergência.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Reunir todo o material e encaminhá-lo para a mesa de cabeceira do paciente;</p> <p>Explicar o procedimento ao paciente, se oportuno;</p> <p>Lavar as mãos e instalar cateter de O2;</p> <p>Conter o paciente, remover objetos metálicos e colocar cânula de Guedel;</p> <p>Para desfibrilar:</p> <p>Aproximar o carro de emergência, selecionar o dispositivo de sincronismo desfibrilação;</p> <p>Aplicar gel condutor nas pás do desfibrilador e regular voltagem prescrita pelo médico;</p> <p>Posicionar as pás firmemente à direita do esterno, abaixo da clavícula e esquerda ao esterno próximo a linha média axilar;</p> <p>Acionar dispositivo de descarga no aparelho ou nos botões das pás e repetir procedimento quantas vezes forem necessárias;</p> <p>Monitorar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;</p> <p>Desligar o aparelho após conclusão do procedimento e limpar o tórax do paciente, retirando o excesso de gel;</p> <p>Limpar as pás com compressas úmidas com álcool a 70% e acondicionar pás no aparelho;</p> <p>Monitorizar nível de consciência do paciente e remover contenção e cânula de Guedel do paciente (após avaliação do quadro clínico);</p> <p>Posicionar confortavelmente o paciente;</p> <p>Remover o material, organizando o ambiente, lavar as mãos e registrar em prontuário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Assegurar acesso venoso para possíveis complicações;</p> <p>Atentar para o traçado eletrocardiográfico com a resposta clínica do paciente;</p> <p>Aspirar secreções de vias aéreas superiores se necessário;</p> <p>Em caso de CVE deixar o paciente em jejum pelo menos 2 horas para evitar vômitos e broncoespasmo, caso o paciente necessite ser entubado;</p> <p>Afastar-se do leito do paciente durante descarga;</p> <p>Atentar para queimadura de pele;</p> <p>Fazer ECG após desfibrilação ou CVE para comprovar resposta eletrocardiográfica ou choque elétrico.</p> <p>O paciente deve estar monitorizado.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Aplicar descarga elétrica controlada para desfibrilação do coração.		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Aprovado por:</b>	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Ventilação Artificial Com Ambú</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		552
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente).		
<b>Quando</b>	Quando indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Ambú, material para aspiração completo e cânula de Guedel		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Preparar material necessário e lavar as mãos com água e sabão;</p> <p>- Colocar o paciente deitado em decúbito dorsal com cabeceira com menos de 30°, fazer hiperextensão do pescoço, retirar ou afrouxar roupas do paciente, deixando o tórax descoberto e retirar próteses (caso o paciente utilize);</p> <p>- Aspirar secreções de vias aéreas superiores, se necessário e colocar cânula de Guedel para prevenir queda da língua (se necessário);</p> <p>- Aplicar máscara abrangendo boca e nariz:</p> <p>A parte larga e arredondada da máscara sobre a boca e a parte afilada sobre o nariz;</p> <p>Firmar a máscara para não haver escape de ar com as mãos e o queixo do paciente, mantendo a boca fechada;</p> <p>Ligar o O2 na conexão do ambú e fazer insuflações observando se há expansão torácica (repetir o procedimento quantas vezes for necessário);</p> <p>Monitorizar ritmo cardíaco, padrão ventilatório e observar coloração das extremidades, queixas e alterações e registrar.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Em pacientes intubados ou traqueostomizados, o ambú é adaptado ao conector do tubo ou da cânula.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Corrigir a hipoventilação, fazer profilaxia de IRPA, permitir Oxigenoterapia e melhorar distribuição dos gases intrapulmonares.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidado com Traqueostomia Curativo e Troca de Cânula</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		553
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja contendo - cânula descartável com cuff ou pacote de cânula de metal (conjunto), gaze estéril. luvas de PROCEDIMENTO estéril cadarço para fixação, soro fisiológico, material para aspiração, álcool 70% Material de curativo, sonda de aspiração e borracha.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Degermar as mãos e preparar a bandeja para realização do PROCEDIMENTO;</p> <p>Identificar o paciente pelo nome, explicando-lhe o PROCEDIMENTO;</p> <p>Cercar o leito combiombos colocando a cabeceira elevada em 45°;</p> <p>Abrir o pacote do jogo de cânulas e material de aspiração, calçar as luvas e aspirar secreção através da traqueostomia;</p> <p>Montar jogo de cânulas (interna e externa) colocando os cadarços nos orifícios laterais da cânula externa;</p> <p>Fazer o curativo ao redor da traqueostomia, retirando as gazes dobradas, uma de cada lado da cânula e fazendo a limpeza com soro fisiológico ao redor do orifício, enxugando ao final com gaze seca;</p> <p>Lubrificar a extremidade da cânula com gaze embebida em soro fisiológico e trocar cânula:</p> <p>Cânula Metálica - retirar primeiro a cânula interna, em seguida a externa e imediatamente introduzir o jogo de cânulas montado, retirando o condutor e fixando a cânula com o cadarço dando um laço ao lado do pescoço. Colocar sob a grade da cânula externa, gaze dobrada, uma de cada lado da ostomia.</p> <p>Cânula de Plástico (descartável) - trocar a cânula, verificando antes se o cuff (balonete) está desinsuflado. Toçar apenas na sua parte externa (as abas),</p> <p>introduzir a nova cânula, acolchoar com gaze dobrada as laterais do orifício traqueal.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material, manter o ambiente em ordem, retirar as luvas e lavar as mãos com água e sabão;</p> <p>Checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias;</p> <p>Observar queixas e alterações.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Trocar o curativo no mínimo uma vez ao dia ou quando necessário;</p> <p>Manter o cuff insuflado nos pacientes em uso de respirador mecânico. Desinsuflar o cuff a cada 4 horas, por 2' sob observação da enfermeira, para evitar lesões na traqueia por isquemia;</p> <p>Aspirar secreções sempre que necessário;</p> <p>A fixação do cadarço não deve apertar o pescoço;</p> <p>Providenciar e deixar na reserva o número da cânula que o paciente está usando;</p>		

	<p>A periodicidade das trocas da cânula dependerá da quantidade e viscosidade das secreções.</p> <p>Em paciente com cânula metálica - trocar a cânula interna diariamente para evitar obstrução por acúmulo de secreções;</p> <p>Verificar a condição da ostomia: eritema, edema, ulcerações, sangramento local, diâmetro da ostomia (aumentado ou diminuído);</p> <p>Comunicar alterações da ventilação pulmonar e aspecto das secreções eliminadas e manter vigilância contínua;</p> <p>Nunca deixar as gazes do curativo com sangue, saliva ou, principalmente, com secreção recém-eliminado com a tosse.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Manter vias aéreas permeáveis através da remoção de secreções traqueobrônquicas. Evitar infecção, promover conforto e segurança ao paciente.
Elaborado por:	Aprovado por:

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
Procedimento: <i>Monitorização Cardíaca</i>				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.			
<b>Condições Necessárias</b>	Eletrodos, algodão, gaze, éter, gel, adesivo, monitor cardíaco com cabos e Prontuário.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Orientar o paciente sobre a necessidade do PROCEDIMENTO e lavar as mãos com água e sabão, desengordurar a pele, nos locais de adesão dos eletrodos, com algodão embebido em éter;</p> <p>Conectar eletrodos ao cabo e testar o aparelho;</p> <p>Colocar os eletrodos na posição adequada; RA – margem direita do tórax (MSD), LA – margem esquerda do tórax (MSE); RL entre RA e LA – margem esquerda inferior do tórax;</p> <p>Ligar o monitor cardíaco, observar e registrar o ritmo cardíaco;</p> <p>Registrar intercorrências/ PROCEDIMENTOS no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Trocar diariamente os eletrodos;</p> <p>Atentar para diferenciar artefato de alteração do ritmo;</p> <p>Orientar o paciente e familiar sobre alarmes do monitor, por possível desconexão do eletrodo;</p> <p>Manter gel condutor nos eletrodos, para evitar lesão de pele e alteração na condução.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Acompanhar o traçado eletrocardiográfico e identificar alterações do ritmo cardíaco.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

555



	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
Procedimento: Administração de Medicamento Através de Cateter Totalmente Implantado <span style="float: right;">556</span>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Quando indicado e em horários preestabelecidos		
<b>Condições Necessárias</b>	Gaze, micropore, luvas estéreis, agulha HUBER e 2 seringas de 10 ml; Álcool a 70%, diluente (10 ml), frasco de heparina 5000UI/ml, SF 0,9%, solução; medicamento prescrito, equipo de soro, suporte de soro e bomba de infusão.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p><b>1ª ETAPA</b>            Identificar e explicar o procedimento ao paciente, degermaras mãos, realizar antisepsia com álcool a 70% e calçar luvas estéreis;            Fazer a antisepsia do local de septo com álcool a 70%;            Identificar a localização da câmara por palpação avaliando as condições da pele do paciente;            Firmar a câmara com a mão não dominante e com a outra puncionar o septo com agulha HUBER (ângulo 90°), até encontrar o fundo da câmara;            Acoplar urna seringa de 10ml e aspirar o resíduo heparínico, observando o refluxo sanguíneo;            Lavar o sistema com SF a 0,9% (+1- 10 ml), assegurando bom fluxo, livre de bolha de ar;            Retirar a seringa e conectar o equipo ou seringa para administração do medicamento prescrito.            Fixar a agulha com micropore e observar gotejamento da solução prescrita;</p> <p><b>2ª ETAPA</b>            Ao terminar a infusão do medicamento, retirar o equipo, conectar urna seringa com solução heparinizada (250 UI/ml) e infundir 5 ml (1250 UI) a 7 ml (1750 UI) no sistema;            Retirar a agulha pressionando a câmara sempre com pressão positiva, no êmbolo da seringa, para evitar refluxo e coágulo na ponta do cateter;            Fazer leve compressão no local com gaze estéril e após, realizar um pequeno curativo compressivo (manter por 24h);            Retirar as luvas, lavar as mãos, descartar o material;            Manter o ambiente em ordem e checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b>            Atenção: Solução heparinizada - Diluir 0,5 ml de heparina (frasco 5.000 unidades/ml) = 2.500 UI + 9,5 ml de Soro Fisiológico a 0,9%.            Observar a diluição de solução heparinizada;            Quando o cateter for peridural, não utilizar solução heparinizada;            Só usar na câmara, agulha HUBER (agulha nº 19 = 1000 punções e a no 22 = 2000 punções na câmara);            Comunicar a enfermeira quaisquer sinais de infecção tais como: febre e calor, dor e secreção purulenta no local de câmara;            Após colher material para cultural encaminhar ao laboratório;</p>		

	Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório.
<b>Resultado Esperado</b>	Manter via de acesso segura na infusão de drogas, reduzir complicações por extravasamento e evitar punções frequentes
Elaborado por:	Aprovado por:

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página	558
			Revisão	Data	
Procedimento: Glicemia Capilar					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				
<b>Onde</b>	UTI ( junto ao leito do paciente).				
<b>Quando</b>	Nos horários prescritos ou quando necessário.				
<b>Condições Necessárias</b>	Glicosímetro e fita teste; Luva de procedimento, Álcool 70%, algodão, agulha 25X7 ou lanceta e Insulina prescrita; Prontuário.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Testar o glicosímetro, degermar asmãos, levar a bandeja com material para a cabeceira do paciente e comunicar ao paciente a necessidade do procedimento;</p> <p>Ligar o glicosímetro, fazer antissepsia do local da punção com álcool a 70%, deixar secar o local;</p> <p>Calçar luvas, furar um dos quirodactilos do paciente (em caso de RN na polpa plantar com agulha), pressionar o local da punção até gotejar o sangue na fita teste, preenchendo-a totalmente, introduzir a fita no aparelho e aguardar a leitura;</p> <p>Conferir e avaliar o resultado, verificando a necessidade de repetição;</p> <p>Retirar luvas, lavar as mãos, administrar insulina prescrita, se for necessário;</p> <p>Registrar o resultado no prontuário e manter o ambiente em ordem.</p> <p><b>Observações:</b> se o paciente apresentar hipo ou hiperglicemia comunicar ao médico plantonista.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Monitorar níveis glicêmicos e promover correções da glicemia.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento:</b> Cuidado com Paciente em Choque			559
<b>Quem</b>	Enfermeiro		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Quando indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Tensiômetro, estetoscópio, termômetro, gelco, equipo de soro, cateter de O <sub>2</sub> , algodão, álcool, esparadrapo, micropore, garrote, luva de procedimento, solução endovenosa, sonda de aspiração e borracha, suporte de soro, prontuário e caneta; Material para sondagem vesical: sonda de folley, luvas de PROCEDIMENTO e estéril, aparadeira, degermante, água destilada, coletor de sistema fechado, seringa de 20mL; Fluxômetro, umidificador, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e bomba de infusão		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Identificar o tipo de choque (hipovolêmico, pirogênico, cardiogênico, séptico) e comunicar ao médico e registrar; verificar sinais vitais e registrar (inclusive PVC); desobstruir vias aéreas e instalar cateter de O<sub>2</sub> (POP de oxigenoterapia); calçar a luva, puncionar acesso venoso (Pop específico); observar nível de consciência e registrar; passar sonda vesical de demora e observar retorno (ver Pop específico); administrar medicação prescrita e registrar; monitorar SATO<sub>2</sub> e controlar líquidos administrados e eliminados e registrar; fazer anotações no prontuário; posicionar o paciente (posição horizontal com as pernas elevadas acima do nível do coração).</p> <p><b>Observações:</b>          Observar patologia de base e terapêutica em uso;          Comunicar intercorrências;          Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Reverter o quadro clínico, promovendo equilíbrio hemodinâmico.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Curativo Cirúrgico</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem		560
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja em pacote de curativo, gaze estéril, esparadrapo, micropore, éter, recipiente para descarte, luva de procedimento, luva estéril soro fisiológico a 0,9%, cuba rim, tesoura e lâmina de bisturi e Prontuário.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar a bandeja contendo o material necessário ao procedimento, lavar as mãos com água e sabão e comunicar ao paciente;</li> <li>- Abrir o material estéril, retirar o esparadrapo do curativo anterior, com algodão embebido em éter, utilizando pinça dente de rato, desengordurando a pele, removendo resíduos e recolher a pinça;</li> <li>- Realizar limpeza do local com soro fisiológico 0,9%, utilizando a pinça pean e algodão, de modo firme e de cima para baixo ( não pode voltar no sentido contrário) secando o local com gaze posteriormente;</li> <li>- Cobrir a área afetada com gaze, fixar o curativo com esparadrapo/ micropore;</li> <li>- Recolher o material, organizar o ambiente, encaminhar o material de curativo sujo ao CME;</li> <li>- Solicitar higienização para recolher o material desprezado no lixo, checar no prontuário as anotações necessárias.</li> </ul> <p><b>Observações:</b> observar e registrar: edema, odor, rubor, ou presença de secreção; ao fixar o esparadrapo, deve-se ter o cuidado para evitar deslocamento da gaze; o local cirúrgico permanece coberto nas primeiras 24 horas; após o 2º DPO, com autorização médica, deixar descoberto o local; dar apoio emocional durante o procedimento.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Proporcionar boa cicatrização e conforto ao paciente e evitar infecção.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: <i>Curativo Ferida Limpa</i></b>			
<b>Quem</b>	<i>Equipe de Enfermagem</i>		561
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Pacote de curativo, tesoura, biombo, saco plástico 5 litros, luva de procedimento; Éter, álcool 70%, soro fisiológico, medicações tópicas e esparadrapo/micropore.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Preparar o ambiente, organizar o material, lavar as mãos e friccioná-las com álcool a 70% e explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo na posição adequada;</p> <p>- Abrir o pacote de curativo, dispor as pinças em ordem na mesa auxiliar; remover o penso com o auxílio da pinça dente de rato e a pean com algodão embebido em éter e desprezar o material contaminado e sujos no saco plástico, colocando a pinça dente de rato na extremidade do campo, sobre uma gaze; fazer antisepsia da ferida com soro fisiológico ou água destilada no sentido do centro a periferia; se ferida cirúrgica, limpar num só sentido acompanhando o trajeto da incisão e desengordurar área ao redor facilitando fixação do adesivo; cobrir a área, se indicado, com penso semioclusivo, datando e assinando o mesmo;</p> <p>- Encaminhar o material usado para o expurgo, dispensando os cuidados necessários e solicitar a higienização para recolhimento do material desprezado no lixo; lavar as mãos com água e sabão e friccioná-las com álcool a 70%; manter o ambiente em ordem e registrar o procedimento no prontuário.</p> <p><b>Observação:</b> atentar para não tocar na lesão com as mãos e falar durante o procedimento; providenciar analgesia prévia (prescrita) quando o procedimento for doloroso; no caso de múltiplos curativos realizar primeiro ferida limpa, em seguida o da contaminada e por último o da infectada; se houver prótese, drenos, cateteres ou outros anexos passar álcool iodado ao redor da inserção dos mesmos, cobrindo se indicado. O intracath deverá ficar preferencialmente aberto, ou se necessário com penso semioclusivo. No caso de dissecação venosa, sempre curativo semioclusivo; comunicar à equipe médica complicações da ferida (hiperemia, secreção, deiscência, dor, edema, etc.);</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Promover conforto, reduzir risco de infecção e favorecer cicatrização.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Curativo de Ferida Infectada</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Pacote de curativo com espátula, pacote de gaze, saco plástico (5 litros), luvas de procedimentos, éter, soro fisiológico ou água destilada, PVPI aquoso, PVPI degermante, compressas e/ou atadura, lâmina cortante, medicações tópicas e esparadrapo/micropore; Biombo.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Preparar o ambiente (biombo, mesa de cabeceira), organizar o material a ser utilizado;</p> <p>Lavar as mãos com água e sabão e friccioná-las com álcool a 70%, explicar o procedimento ao paciente, colocá-lo na posição adequada e calçar as luvas colocando outros EPI's, se necessário;</p> <p>Abrir o pacote de curativo, dispondo as pinças em ordem da esquerda para direita (anatômica, pean e dente de rato);</p> <p>Remover o penso com o auxílio da pinça dente de rato e a pean com algodão embebido em éter, desprezar o penso e algodão sujos no saco plástico e colocar a pinça dente de rato na extremidade do campo, sobre uma gaze;</p> <p>Fazer antissepsia da área externa (a menos contaminada) com soro fisiológico ou água destilada e solução degermante, e a interna (a mais contaminada) com jato de soro fisiológico ou água destilada. Caso apresente secreção purulenta, usar também degermante nessa área, retirando o excesso com soro fisiológico ou água destilada;</p> <p>Secar a área externa deixando a interna úmida, e prosseguindo com aplicação da medicação tópica prescrita, com auxílio da espátula;</p> <p>Cobrir a área com gaze ou compressa ou atadura conforme a necessidade; fixando com adesivo e datando;</p> <p>Encaminhar o material usado ao expurgo, dispensando os cuidados necessários;</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos com água e sabão e friccioná-las com álcool a 70%;</p> <p>Manter o ambiente em ordem e registrar o procedimento no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Não tocar na lesão com as mãos, nem falar durante o procedimento;</p> <p>Não provocar atrito da lesão com gaze ou algodão, quando em fase de granulação da ferida;</p> <p>Providenciar analgesia prévia quando o PROCEDIMENTO for doloroso;</p> <p>No caso de múltiplos curativos realizar primeiro o da ferida limpa, em seguida o da contaminada e por último o da infectada;</p> <p>Realizar curativos sempre que os pensos estiverem úmidos;</p> <p>Tratando-se de lesões extensas, utilizar um impermeável (proceder a desinfecção) ou balde forrado com saco plástico (descartar após uso);</p>		



	Comunicar à equipe médica complicações da ferida, tais como: dor, sangramento, odor fétido, necrose, etc.; Evitar corrente de ar.
<b>Resultado Esperado</b>	Facilitar a cicatrização da área afetada e reduzir a infecção.
Elaborado por:	Aprovado por:

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Cateterismo com Cateter Dupla Luz (SORENSEN)</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeira			
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Sempre que indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	Campo esterilizado pequeno, pacote de curativo, máscara, luvas de procedimento estéril, cuba esterilizada, PVPI alcóolico, éter, álcool a 70%, esparadrapo, seringa de 3ml/5ml, seringas contendo heparina 2,6 ml (pediátrico) e 3,0 ou 4,0 ml (adulto), seringa de 10ml c/ soro fisiológico 0,9%.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir o material, explicar o procedimento ao paciente orientando-o a lateralizar o rosto e não falar durante o procedimento;</li> <li>- Colocar máscara no paciente (profissional também deve estar com máscara);</li> <li>Lavar as mãos, abrir o pacote de curativo, o campo estéril, e calçar as luvas e retirar o penso anterior com cuidado para não tracionar ou puxar o cateter;</li> <li>- Limpar o local de saída com PVPI alcóolico, desengordurar a pele ao redor com éter e cobrir local com gaze dobrada acima e abaixo dele, fixando com esparadrapo;</li> <li>- Trocar luvas, limpar segmento em Y do cateter com PVPI alcóolico. Repousar sob o campo estéril, retirar as tampas e coloca-las na cuba com PVPI alcóolico ou álcool a 70%; aspirar cada extremidade do cateter, clampeando as vias do segmento;</li> <li>- Lavar com 5,0 ml de soro fisiológico cada extremidade do cateter. Injetar nova dose de heparina (mesma quantidade aspirada) em cada extremidade do cateter, abrindo uma extremidade de cada vez e fechar as extremidades com as tampas, secando-as antes com gaze estéril.</li> <li>- Cobrir o cateter com esparadrapo.</li> <li>- Encaminhar o material usado para o expurgo, lavar as mãos e manter o ambiente em ordem;</li> <li>- Checar o procedimento e registrando anotações as necessárias no prontuário;</li> <li>- Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório.</li> </ul> <p><b>Observação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar condições da pele, do cateter e sinais de infecção. Na presença de secreção, limpar com soro fisiológico, colher com swab o material, encaminhando ao laboratório para bacteriologia.</li> <li>- Em caso de sangramento, realizar curativo compressivo; caso persista, chamar nefrologista para avaliar a necessidade</li> </ul>			
<b>Resultado Esperado</b>	Manter vias circulatórias permeáveis, prevenir infecção, oferecer conforto e segurança.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Instalação do Circuito para Medida da PVC</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeiro		565
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	Equipos do PVC Soro fisiológico 0,9% - 250ml e suporte de soro Régua nível Algodão umedecido com álcool a 70%, esparadrapo e polifix Bomba de infusão		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos, abrir a embalagem do equipo e retirar a fita graduada;            Conectar o equipo ao soro e escovar, evitando formação de bolhas de ar;            Reunir o material e levá-lo para junto do paciente e explicar o procedimento ao paciente, colocá-lo em decúbito dorsal com o braço (lado do acesso central) lateralizado no ângulo de 90º com o tronco, abaixar a altura da cama ao nível mínimo e retirar travesseiros, e descobrir o tórax do paciente;            Instalação:            Posicionar a régua no ponto de cruzamento da linha axilar média com linha esternal, fixar a fita milimetrada no suporte de soro, delimitando o "ponto zero";            Prender o equipo de PVC, colocando a coluna d'água sobre a fita milimetrada e conectar o equipo ao cateter, adaptando um polifix entre ele;            Certificar-se de que todo o equipo esteja preenchido com a solução;            Medição:            Abrir clip de acesso ao cateter venoso (intracath, disseção venosa) e o da coluna d'água. Dessa forma, a coluna d'água descerá até um ponto de equilíbrio, observando por leve oscilação do nível líquido, que será registrado como pressão venosa central. Abrir o polifix para o sistema PVC;            Fechar o clip que dá acesso ao cateter venoso e encher a coluna d'água com o soro, deixando posteriormente o sistema fechado;            Levantar a cabeceira do leito do paciente;            Lavar as mãos e checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b>            Proteger as tampas dos equipos de soro ao conectá-los com gaze estéril, nunca deixando-as expostas à contaminação;            Trocar equipo de PVC, de acordo com orientação da CCIH;            Na impossibilidade de manter o paciente em posição horizontal, a medida de PVC poderá ser realizada na posição semi – Fowler até 45º;            Comunicar equipe médica se a PVC estiver acima ou abaixo dos limites normais de 0 a 8cm de água;            Em caso paciente intubado, aguardar a pausa expiratória e observar o abaixamento da coluna líquida, para fazer a medida da PVC;</p>		

	Checar o ponto zero antes de cada mensuração da PVC;
<b>Resultado Esperado</b>	Monitorar a hidratação do paciente; Servir como parâmetro no controle da administração de fluídos por via parenteral, para avaliar funcionamento da bomba cardíaca.
Elaborado por:	Aprovado por:

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Manuseio do Balão Intra Aórtico</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeira		567
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que indicado.		
<b>Condições Necessárias</b>	<p>Cateter ou balão intra aórtico (KIT), cabos para monitorização do ECG e da pressão arterial; console de comando: campo estéril, capa, gorro, máscara, luvas estéreis, caixa de pequena cirurgia, seringas de 20 e 10ml, agulhas 40X12 e 30X7, lâmina de bisturi, fio de sutura, solução heparinizada (500ml de SF mais 1ml de heparina de 5000ml); desfibrilador, carro de emergência;</p> <p>Aparelho de tricotomia, Xilocaína sem vasoconstrictor a 2%, PVPI tópico e PVPI degermante e 01 equipo macrogotas</p>		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Preparar todo o material necessário e explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>Fazer tricotomia e monitorizar o paciente ao console de comando;</p> <p>Ajudar ao médico na passagem do cateter e fazer o curativo local;</p> <p>Ligar o cateter ao console de comando e medir o ponto zero na linha média axilar e colocar o transdutor do balão nesta linha ou medida;</p> <p>Lavar a cada 1 h c/ solução heparinizada (10ml) p/ evitar coagulação do sistema;</p> <p>Deixar o paciente em decúbito em 30°, aferir sinais vitais e hemodinâmicos;</p> <p>Proceder a palpação dos pulsos tibial e pedioso, verificar a temperatura e coloração das extremidades e avaliar o nível de consciência e registrar;</p> <p>Anotar as ocorrências no prontuário e organizar o ambiente.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Que o console esteja sempre ligado á rede elétrica;</p> <p>Verificar os limites de alarme no console do comando e a frequência das pulsações do balão;</p> <p>Observar funcionamento perfeito dos cabos de monitorização do ECG e da pressão arterial;</p> <p>Deixar o paciente em decúbito dorsal com 30° para evitar acotovelamento do balão prevenindo coagulação, trombose e embolia e dificultando o funcionamento do sistema ;</p> <p>Auxiliar o médico na retirada do balão e fazer curativo compressivo no local do cateter;</p> <p>Evitar flexionar a perna por 12h e manter vigilância contínua.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Melhorar o débito cardíaco, aumentar o fluxo coronário, diminuindo o trabalho do músculo cardíaco e a necessidade.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Lavagem Gástrica</b>				
<b>Quem</b>	Enfermeira		568	
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Sempre que indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	S.N.G. calibrosa, seringa de 50ml, lubrificante anestésico; Luva de procedimento, pinça, gaze, esparadrapo, S.F. 0,9%; Cálice graduado, cuba rim, recipiente com solução prescrita; Toalha, frasco de soro vazio.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Preparar todo o material necessário para o procedimento;            Lavar as mãos com água e sabão e calçar as luvas;            Preparar as soluções (S.F. 0,9%) prescritas;            Explicar o procedimento ao paciente, colocá-lo em Fowler e protegê-lo com uma toalha sobre o tórax;            Realizar sondagem gástrica, caso não esteja usando (ver POP específica);            Conectar o frasco de S.F. 0,9% na sonda gástrica e introduzir a solução lentamente;            Após introdução de todo volume prescrito, deixar drenar por sifonagem;            Retirar as luvas e lavar as mãos com água e sabão;            Manter o paciente em posição confortável;            Registrar no prontuário, retorno, quantidade e característica da secreção, queixas e alterações.</p> <p><b>Observações:</b>            Introduzir os soros um a um e esvazia-los, evitando distensão gástrica;            Colocar a solução na temperatura ambiente;            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório do paciente;            Evitar entrada de ar na conexão da sonda;            Vigilância contínua.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Preparar para exame e/ou drenar resíduos gástricos.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Monitorização da Saturação de Oxigênio O2</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		569
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos ou quando necessário.		
<b>Condições Necessárias</b>	- Aparelho para oximetria (cabo + sensor); Bola de algodão, Álcool a 70%; Prontuário		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>-Lavar as mãos, organizar o material necessário e comunicar o procedimento ao paciente;</p> <p>- Selecionar o dedo com boa perfusão tissular, remover proteção do adesivo do sensor e adaptar dispositivo ao dedo, observando-se o funcionamento da luz vermelha;</p> <p>- Verificar valor de saturação e registrar em prontuário;</p> <p>- Deixar ambiente organizado, lavar as mãos;</p> <p>- Registrar em prontuário intercorrências e orientar paciente para não retirar o sensor.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>- Evitar uso do sensor em membros garroteados; atentar para os valores de normalidades ( <math>\geq 95\%</math>); fazer rodízio da colocação do sensor; atentar para temperatura corporal alterada (cianose, hipotermia); observar conexões e funcionamento dos cabos do oxímetro; caso o paciente esteja com esmalte nas unhas, deve-se retirar antes de colocar o sensor.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Monitorizar a saturação do O2.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Oxigenoterapia em Tubo Orotraqueal</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		570
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos ou quando necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Peça tubular em forma de "T", luva para procedimento, máscara, cateter de O2; Umidificador, fluxômetro, oxímetro de pulso; Extensão para O2, conexão da cânula; Material para aspiração de secreção.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos, preparar o material, comunicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e posicionar adequadamente o paciente, com cabeceira do leito elevada;</li> <li>- Calçar as luvas e aspirar secreção orotraqueal antes da conexão do cateter;</li> <li>- Adaptar fluxômetro em rede de O2, acoplar o umidificador (com solução salina) à extensão, e esta, ao cateter;</li> <li>- Introduzir cateter em tubo "T" acoplado à conexão do tubo endotraqueal e abrir fluxômetro segundo orientação médica (l/m);</li> <li>- Manter o paciente confortável e registrar em prontuário, procedimento, queixas e alteração;</li> <li>- Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório, durante e após o procedimento.</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remover secreções em cavidade orotraqueal antes de instalar cateter em "T";</li> <li>- Atentar para a fixação do cateter em tubo "T";</li> <li>- Atentar para as trocas gasosas, dispneia, desconforto e instabilidade cardíaca, pois indicam insucesso no desmame ventilatório;</li> <li>- Monitorizar saturação de O2.</li> </ul>		
<b>Resultado Esperado</b>	-Ventilação espontânea sob pressão atmosférica, desmame da ventilação mecânica.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>		<b>Página</b>	
				<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Cuidados Com Cânula Endotraqueal</b>							
Quem	Enfermeira						571
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)						
Quando	Diariamente e sempre que necessário						
Condições Necessárias	Esparadrapo, seringa, éter, luvas estéreis, bandeja, fixador apropriado, filtro ventilatório, medidor de pressão, tesoura, cânula endotraqueal e material para aspiração orotraqueal						
Descrição do Procedimento	<p>Lavar as mãos e comunicar o procedimento ao paciente e sua finalidade;            Organizar o material necessário e ajudar o médico durante a intubação;            Ver a necessidade de aspiração traqueal (ver POP específico);            Soltar a fixação com o algodão embebido em éter e desinsuflar o cuff da cânula endotraqueal, aspirando ar com a seringa;            Mudar a posição do TOT, insuflando-o em seguida, atentando para o volume de pressão;            Fixar a cânula em posição diferente à encontrada, seguindo esquema: comissura labial direita, comissura labial esquerda e centro da boca;            Observar padrão ventilatório;            Posicionar o paciente confortavelmente, arrumar a unidade;            Registrar o procedimento no prontuário e observar queixas e alterações do quadro.</p> <p><b>Observações:</b>            Fazer higiene oral e nasal frequentes;            Monitorar o padrão ventilatório e ritmo cardíaco;            Observar saturação de oxigênio e frequência cardíaca;            Observar possíveis "dobras" das conexões do respirador;            Avaliar funcionamento do cuff;            Trocar fixação diariamente e/ou quando necessário;            Se o paciente estiver agitado: fazer o procedimento com ajuda de uma auxiliar e conter o paciente;            Vigilância contínua;            Alertar para cianose dispneia e agitação;            Manter carro de emergência ponto para uso</p>						
Resultado Esperado	Vias aéreas desobstruídas, acesso para ventilação mecânica e aspiração de secreção traqueal; manter a fixação adequada para evitar extubação.						
Elaborado por:				Aprovado por:			

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Instalação de Marca Passo (MP) Provisório</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeira		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		572
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Unidade geradora, cateter para MP, gel condutor, agulhas 13X4,5, seringas de 05 e 20cm, campo estéril; tricotomizador e escova com degermante; compressa estéril, gaze, luva estéril; anestésico sem vasoconstrictor; gorro, máscara, esparadrapo e fio de sutura; monitor cardíaco completo.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Explicar o procedimento ao paciente;            Lavar as mãos e organizar o material e encaminhá-lo ao leito do paciente;            Posicionar o paciente em decúbito dorsal, mantendo monitorização cardíaca contínua;            Abrir o material com técnica asséptica e auxiliar o médico fornecendo o material solicitado;            Realizar curativo oclusivo (oclusivo) e fixar o gerador do MP no braço do paciente, possibilitando movimentar-se no leito;            Organizar o ambiente e lavar as mãos com água e sabão;            Registrar procedimento no prontuário;            Monitorar queixas, alterações da frequência cardíaca e funcionamento do marca passo;            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório.</p> <p><b>Observações:</b>            Manter dieta zero até liberação médica;            Manter repouso absoluto, evitando deslocamento do fio;            Atentar para sinais de pneumotórax, arritmias e sinais de infecção no local do MP;            Realizar curativos diários;            Comparar FC do paciente com a programada no MP;            Verificar data de expiração da bateria;            Evitar uso de soluções iodadas, pois prejudica isolamento do fio;            Atentar para soluços (eletrodo próximo ao diafragma);            Manter carro de emergência próximo ao paciente durante o procedimento;            Comunicar ao médico alterações.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Tratar distúrbios do ritmo cardíaco; Preservar a integridade do sistema e monitorar o funcionamento do MP.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados Com Paciente em Coma Diabético</b>				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			573
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Quando necessário			
<b>Condições Necessárias</b>	Soluções, suporte de soro, luvas e cateter de O <sub>2</sub> ; Estetoscópio, tensiômetro, termômetro, fluxômetro, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, glicosímetro e bomba de infusão; Medicações e materiais necessários.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	Manter acesso venoso e hidratação venosa (a critério médico); Monitorizar ritmo cardíaco, padrão ventilatório e saturação de oxigênio; Observar nível da consciência, presença de palidez cutânea, sede intensa, taquipneia, hálito cetônico, náusea e vômito; Controlar e registrar: sinais vitais e líquidos administrados e eliminados; Instalar SNG e cateter de oxigênio, prescritos; Realizar glicemia e glicosúria e registrar resultados; Manter o paciente em repouso no leito; Administrar medicação prescrita e registrar queixas, alterações. <b>Observações:</b> Lavar as mãos antes e após cuidados, manter carro de emergência para pronto uso, atentar para resultados de exames laboratoriais.			
<b>Resultado Esperado</b>	Restabelecer o equilíbrio hemodinâmico e níveis glicêmicos.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
				Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados na Extubação</b>					
Quem	Equipe de Enfermagem				574
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)				
Quando	Quando indicado				
Condições Necessárias	- Luva, máscara, gaze, seringa, material para aspiração, material de higiene oral; Cateter de O2, nebulizador, fluxômetro, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, oxímetro de pulso e carro de emergência; Local para expectoração.				
Descrição do Procedimento	<p>- Observar nível de consciência, explicar o procedimento ao paciente e solicitar ajuda;</p> <p>-Levar o material necessário para a mesa de cabeceira do paciente; lavar as mãos, calçar as luvas, orientar ao paciente para respirar e que irá retirar a cânula e colocar o paciente em posição supina (cabeceira elevada);</p> <p>- Realizar aspiração da cânula endotraqueal e das vias aéreas superiores e desinsuflar o cuff; retirar a cânula endotraqueal, durante a inspiração espontânea e colocar a máscara de nebulização ou cateter de O2 nasal;</p> <p>- Manter a paciente em decúbito elevado e monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;</p> <p>- Realizar higiene oral, estimular tosse e expectoração; realizar ausculta cardíaca e pulmonar; registrar cuidados e procedimentos.</p> <p><b>CUIDADOS</b></p> <p>- Manter carro de emergência pronto para uso (pode ser necessário reintubação); Atentar para queixas, alterações, dispneia, arritmia, sudorese e cianose; Monitorizar saturação de O2 e de sinais vitais; Comunicar ao médico/ fisioterapeuta intercorrências.</p>				
Resultado Esperado	Padrão ventilatório espontâneo.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados Com Paciente Politraumatizado</b>				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			575
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Quando indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	- Material para curativo, sutura e aspiração; Medicamentos, Soluções; Suporte de soro, tensiômetro, estetoscópio, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e bomba de infusão.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Realizar exame físico, observando nível de consciência, sinais vitais, presença de hemorragia ou choque, lesões torácicas, abdominais ou cranioencefálicas; - Manter vias aéreas pérvias e puncionar veia periférica calibrosa; - Retirar a roupa do paciente e controlar hemorragia (se houver); - Realizar sondagem vesical para verificar presença de hematúria e monitorizar o débito urinário; - Imobilizar fraturas, se existirem e monitorizar ritmo cardíaco, padrão ventilatório, saturação de O2, temperatura e pressão arterial; - Observar sinais de choque hipovolêmico: letargia, taquicardia, hipotensão, oligúria, hiperventilação, pele úmida, fria e cianótica, pulso débil; - Monitorizar queixa de dor e administrar medicação prescrita; - Registrar no prontuário, queixas, alterações, PROCEDIMENTOS realizados. <b>Observações:</b> Lavar as mãos antes e após PROCEDIMENTOS e usar de EPI's; Colher dados do acidente e providenciar realização de Raio x e exames laboratoriais solicitados; Atentar para manipulação no leito.			
<b>Resultado Esperado</b>	Recuperar e preservar a vida do paciente.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados Com Intracath</b>				
<b>Quem</b>	Cuidados Com Intracath			576
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Diariamente ou sempre que necessário.			
<b>Condições Necessárias</b>	- Intracath, material de curativo, máscara, luva, esparadrapo, micropore, gaze, campo estéril, coxim, fio-guia; Xilocaína 2%, solução (soro fisiológico 0,9%); Gelcon.º 16 e 18, lâmina de bisturi de lâmina n.º 11, seringa 5 e 10 cc, agulha 30X7			
<b>Descrição do Procedimento</b>	- Preparar o material para passagem do intracath, explicar o procedimento ao paciente e posicionar o paciente em posição de Trendelenburg (caso o paciente tolere essa posição) com rotação de 45º da cabeça para o lado contralateral ao local de acesso pretendido; - Ajudar o médico durante o procedimento, colocar o coxim entre as escápulas do paciente, deslocando os ombros anteriormente, deixando a primeira costela e a clavícula em plano paralelo; - Instalar solução venosa prescrita e observar ritmo cardíaco e padrão ventilatório; - Realizar curativo do local do intracath diário, e quando necessário; - Providenciar a realização de Raio X do tórax para controle; - Manter o ambiente em ordem e registrar procedimento no prontuário. <b>Observações:</b> - Atentar para complicações: pneumotórax, sangramentos, infecção, arritmias cardíacas, embolia gasosa; Atentar para, durante o manuseio do paciente, não tracionar o intracath; Lavar as mãos antes e após o procedimento; Observar e registrar queixas e alterações.			
<b>Resultado Esperado</b>	Garantir uma via de acesso venoso para medicação e solução; Acesso para monitorizar parâmetros hemodinâmicos.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados no Pós-operatório na UTI</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos		
<b>Condições Necessárias</b>	- Medicamentos, materiais estéreis, termômetro, estetoscópio, tensiômetro, respirador, aspirador, monitor cardíaco, oxímetro pulso, fluxômetro, eletrodos; Cobertor, luva, gazes, máscaras, cateteres, suporte de soro; Soluções, bomba de infusão, cuba-rim; Prontuário.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Posicionar o paciente no leito de acordo com o tipo da cirurgia, observar e registrar nível de consciência manter paciente aquecido;</p> <p>- Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório, PA, FC, temperatura, PVC, FR e saturação de O<sub>2</sub>; Observar e registrar penso cirúrgico; Realizar ausculta pulmonar e aspirar secreção oral, traqueal, se necessário; Observar presença da complicação: efeitos depressivos dos anestésicos, broncoaspiração, imobilidade pós-operatória prolongada, aumento de secreção brônquica, sangramentos, agitação;</p> <p>- Realizar mudança de decúbito, administrar medicações prescritas e monitorizar queixa de dor;</p> <p>- Manter acesso venoso, controlar líquidos administrados e eliminados e monitorar funcionamento de sondas e cateteres; Monitorar volume e aspecto de secreção (gástricos, torácicos, mediastino); Realizar curativo no local cirúrgico, diário (e quando necessário); Manter grades do leito elevadas e contensão no leito, até que ele acorde; Apoiar e acolchoar áreas de pressão (evitar danos aos nervos e distensão muscular); Manter carro de emergência pronto para uso.</p> <p><b>Observações:</b> Atentar para queixas e alterações; Manter vigilância contínua.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor, e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatória.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidados com Paciente em Insuficiência Cardíaca</b>				
Quem	Equipe de Enfermagem			
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)			
Quando	Quando indicado			
Condições Necessárias	Cateter de O2, sonda de aspiração, suporte de soro, equipo de soro; Tensiômetro, estetoscópio, bomba de infusão, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrodos e gel condutor; Medicamentos, soluções e Prontuário.			
Descrição do Procedimento	<p>-Detectar sinais precoces de insuficiência cardíaca (dispneia, taquicardia, sudorese, ansiedade);</p> <p>-Observar e registrar a frequência e o aspecto das incursões respiratórias, frequência da tosse e tipo de escarro; Realizar ausculta cardíaca, monitorizar ritmo cardíaco e registrar; Observar e registrar: insônia, inquietação, ansiedade, distensão das veias do pescoço, edema de MMII;</p> <p>-Manter acesso venoso, administrar medicação prescrita e controlar rigorosamente gotejamento das soluções;</p> <p>- Controlar líquidos administrados e eliminados e registrar;</p> <p>- Manter cabeceira do leito elevado (Fowler);</p> <p>- Registrar evolução, queixas e alterações;</p> <p>- Manter oxigenoterapia (prescrito);</p> <p>- Monitorizar saturação de O2.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Atentar para presença de arritmias e para queixas de dor à palpação do quadrante superior direito do abdômen (ingurgitamento hepático).</p>			
Resultado Esperado	Melhorar o quadro clínico/ hemodinâmico do paciente.			
Elaborado por:			Aprovado por:	

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Cuidados com Paciente com Arritmias Cardíacas</b>				
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			579
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Quando indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	Equipo de soro, gel condutor, tensiômetro, estetoscópio, bomba de infusão, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrodos, medicamentos, soluções, carro de emergência e prontuário			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Monitorizar e registrar ritmo cardíaco, palpitações e dispneia e temperatura;</p> <p>Administrar medicação prescrita e registrar;</p> <p>Identificar tipo de arritmia e registrar:</p> <p>Taquicardia → FC &gt;100 bat/min;</p> <p>Bradycardia → FC &lt; 60 bat/min;</p> <p>Arritmia sinusal → FC altos e baixos;</p> <p>Extra-sístole atrial → geralmente é normal;</p> <p>Taquicardia atrial paroxística → FC 120-250 bat/min;</p> <p>Flutter atrial → FC varia de 60-150 bat/min;</p> <p>Fibrilação atrial → a frequência ventricular pode ser normal (60-100 bat/min) ou baixa (&lt; 60 bat/min);</p> <p>Assistolia atrial → FC 40-60 bat/min;</p> <p>Extrassístole ventricular → FC geralmente normal, mas as ESV ocorrem com qualquer frequência;</p> <p>Taquicardia ventricular → FC 140-220 bat/min;</p> <p>Fibrilação ventricular → ondas respectivos, rápidos e caóticos;</p> <p>Assistolia → não há batimentos cardíacos;</p> <p>Comunicar imediatamente ao médico plantonista;</p> <p>Permanecer junto o paciente e manter carro de emergência e desfibrilador próximos ao leito do paciente e manter vigilância contínua;</p> <p>Manter material para instalação de marca-passo próximo ao leito e pronto para uso, se necessário (ver PO específico);</p> <p>Controlar rigorosamente infusão venosa;</p> <p>Manter alarme do monitor ligado e observar oxigenação de extremidades.</p> <p>Manter monitores em bom funcionamento e carro de emergência pronto p/ uso; atentar para artefatos do monitor;</p> <p>Caso seja Fibrilação Ventricular ou Assistolia, iniciar imediatamente manobras de reanimação.</p>			
<b>Resultado Esperado</b>	Identificar e atuar precocemente nas arritmias para garantir a estabilidade hemodinâmica.			
Elaborado por:			Aprovado por:	


		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>	<b>Página</b>																		
			<b>Revisão</b>	<b>Data</b>																		
<b>Procedimento: Verificação de Pulso e Respiração</b>																						
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem			580																		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)																					
<b>Quando</b>	Em horários prescritos																					
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja contendo: relógio com ponteiro de segundos, caneta e luva de procedimento se necessário, folha de anotações																					
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Lavar as mãos e comunicar o procedimento ao paciente;            Colocar o paciente em posição confortável (sentado ou deitado), o braço apoiado na cama ou colo e com a palma da mão voltada para baixo;            Colocar os dedos indicador e médio, sobre a artéria fazendo leve pressão suficiente para sentir a pulsação;            Contar os batimentos durante 1 minuto; após a contagem do pulso, permanecer com os dedos no local e proceder a contagem dos movimentos respiratórios por 1 minuto;            Anotar os valores encontrados e lavar as mãos com água e sabão;            Chegar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <table border="0"> <tr> <td>Idade</td> <td>FR</td> <td>FC</td> </tr> <tr> <td>RN</td> <td>25</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>1 Mês à 1 Ano</td> <td>20</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>1 Ano à 8 Anos</td> <td>16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>&gt; de 8 anos</td> <td>12</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Adulto</td> <td>16 a 20</td> <td>60 a</td> </tr> </table> <p><b>CUIDADOS</b>            Observar a respiração sem que o paciente perceba, para evitar alterações;            Não fazer pressão forte sobre a artéria;            Observar ritmo e frequência do pulso;            Em caso de dúvidas repetir as contagens;            Utilizar luvas de procedimento se o paciente apresentar lesões na pele ou escabiose;            As artérias utilizadas para contagem do pulso são: radial, braquial, carótida, temporal, femoral, poplítea ou pediosa.            Caso a UTI possua monitor que apresente esses dados vitais, basta fazer a leitura, conforme orientação prévia;            O auxiliar de enfermagem deve comunicar ao enfermeiro qualquer alteração nos valores encontrado.</p>				Idade	FR	FC	RN	25	120	1 Mês à 1 Ano	20	100	1 Ano à 8 Anos	16	80	> de 8 anos	12	60	Adulto	16 a 20	60 a
Idade	FR	FC																				
RN	25	120																				
1 Mês à 1 Ano	20	100																				
1 Ano à 8 Anos	16	80																				
> de 8 anos	12	60																				
Adulto	16 a 20	60 a																				
<b>Resultado Esperado</b>	Acompanhar a evolução do tratamento, prevenir e identificar alterações no funcionamento fisiológico básico.																					
Elaborado por:			Aprovado por:																			




		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
		<b>Revisão</b>			<b>Data</b>
<b>Procedimento: Verificar a Respiração</b>					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Em horários prescritos				
<b>Condições Necessárias</b>	Relógio, Prontuário e Caneta				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contar a respiração com o paciente sentado/deitado sem que ele perceba, observando a subida e descida do tórax ou abdômen e contar um minuto;</li> <li>- Observar se a respiração está profunda, superficial, estertorosa, ofegante e registrar;</li> <li>- Observar o tipo de respiração: normal; dispneia (dificuldade de respiração), apneia (parada respiratória); bradpneia (respiração lenta); traquipneia (respiração acelerada);</li> <li>- Observar a frequência da respiração: Homem : 15 a 20 por minuto; Mulher: 18 a 20 por minuto; Criança: 20 a 25 por minuto; Lactante: 30 a 40 por minuto</li> <li>- Anotar em evolução de enfermagem;</li> </ul> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar para atividades como: exercícios, banho frio e emoções – aceleram a respiração; e sono e banho quente – diminuem a respiração;</li> <li>- Patologia como: pneumonia, difteria, doenças nervosas e cardíacas, infecções cerebrais, aumento da pressão (intracraniana – aceleram a respiração; e coma, diabetes, urêmico (renal) – diminuem a respiração.</li> <li>- Vigilância contínua.</li> </ul>				
<b>Resultado Esperado</b>	Avaliar a capacidade ventilatória do paciente.				
Elaborado por:			Aprovado por:		


581



		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
				Revisão	Data
<b>Procedimento: Oxigenoterapia</b>					
					
Quem	Equipe de enfermagem				
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)				
Quando	Em horários prescritos.				
Condições Necessárias	-Oxigênio canalizado ou torpedão, cateter de O2 apropriado para cada paciente, luva de procedimento e borracha de látex com 1,5 e 2m; SF 0,9% ou água destilada, éter, micropore, cotonete, algodão e esparadrapo; Umidificador, fluxômetro, manômetro e oxímetro de Pulso; Prescrição Médica e Prontuário				
Descrição do Procedimento	<p>- Comunicar o procedimento ao paciente; verificar prescrição e fixar o fluxômetro na saída de O2; lavar as mãos, encher o umidificador com soro ou água destilada, enroscar o umidificador no fluxômetro e testar o aparelho, conectar a borracha de látex; calçar luvas e colocar o paciente em posição confortável, fazendo higiene nasal com cotonete, se necessário;</p> <p>- Abrir o cateter e conectar na borracha; desengordurar a pele, com algodão embebido em éter, onde irá fixar o cateter; inserir o cateter em uma das narinas da asa do nariz até o lóbulo da orelha e fixar o cateter com esparadrapo de modo que não incomode; ligar o fluxômetro para que seja fornecido O2, conforme prescrição médica;</p> <p>- Monitorizar ritmo cardíaco, padrão ventilatório e observar queixas e alterações; instalar oxímetro de pulso (ver POP específico); monitorizar saturação de oxigênio e registrar no prontuário.</p> <p>Observações: Vigilância contínua; Se após a instalação do O2, o paciente não melhorar sua condição respiratória, se ainda houver cianose, deverá comunicar ao médico; Atenção para lavagem das mãos antes e após o PROCEDIMENTO; Trocar circuito (umidificador e cateter) diariamente e quando necessário.</p>				
Resultado Esperado	Fornecer o transporte adequado de O2 no sangue, enquanto que diminui o trabalho da respiração e o "stress" sobre o miocárdio.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Massagem de Conforto</b>			583
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Em horários prescritos		
<b>Condições Necessárias</b>	Luvas de procedimento, óleos, cremes, biombo e Prontuário.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Informar ao paciente sobre o procedimento e posicioná-lo no leito;            Expor o material a ser utilizado e calçar as luvas;            Reconhecer a área a ser massageada, cobrir a área que não está sendo massageada. Untar as mãos com óleos ou cremes. Progressivamente, massagear utilizando movimentos ascendentes, estimulação digital e tapotagem;            Retirar as luvas e lavar as mãos;            Deixar o ambiente em ordem e registrar no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b>            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório durante o procedimento;            Atentar para sondas, cânulas, cateteres, pensos, equipamentos;            Se detectar anomalias como: edema, lesões da pele, tumorações, equimoses, entre outros – deverá ser registrado e avisado ao médico;            Verificar junto a Fisioterapia, recomendações.</p>		
<b>Resultado Esperado</b>	Conforto e relaxamento, hidratação da pele e prevenção de escara.		
Elaborado por:		Aprovado por:	

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Número	Página
				Revisão	Data
<b>Procedimento: Prevenção de Úlcera de Pressão</b>					
					
<b>Quem</b>	Equipe de enfermagem				
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Em horários prescritos				
<b>Condições Necessárias</b>	Colchão casca de ovo/de água, luvas protetoras para calcâneo e panturrilhas, óleo de amêndoas, soluções hidratantes, biombo e Prontuário.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Definir junto ao médico o uso do colchão (casca de ovo ou colchão d'água);            Comunicar ao paciente, colocar o colchão e forrá-lo, mudar o paciente de posição a cada duas horas e proteger panturrilhas e calcâneos com luvas protetoras;            Realizar massagem de conforto com óleo de amêndoa e soluções hidratantes(ver POP específico);            Observar presença de úlcera de decúbito, condições e fazer registros necessários.</p> <p><b>Observações:</b>            Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório, durante o PROCEDIMENTO;            Atentar para uso de sondas, cateteres, cânulas;            Definir quais os decúbitos o paciente pode ficar;            Definir qual produto mais adequado para realização do curativo (se necessário);            Trocar o paciente sempre que estiver úmido ou com fezes.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Prevenção e cicatrização de escara de decúbito e proporcionar conforto ao paciente.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Sondagem Gástrica / Enteral</b>				
				
<b>Quem</b>	Enfermeiro			
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)			
<b>Quando</b>	Quando indicado			
<b>Condições Necessárias</b>	Bandeja, sonda nasogástrica ou enteral, seringa de 20 ml, luvas de procedimento, copo com água, estetoscópio, gel anestésico, adesivo, biombo, cuba rim, gaze, algodão, éter, esparadrapo.			
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Identificar o paciente e orientá-lo sobre a importância da sondagem e sua finalidade;</p> <p>Reunir o material, levando-o para a mesa de cabeceira do paciente, cercar o leito com biombos, se necessário e posicionar o paciente em Fowler ou sentado.</p> <p>Lavar as mãos com água e sabão e calçar as luvas.</p> <p>Retirar a sonda da embalagem segurando a mesma com auxílio da gaze, medir o circuito da sonda a ser introduzida:</p> <p>Para estômago: nariz, lóbulo da orelha, xifóide (NOX);</p> <p>Para duodeno: nariz, lóbulo da orelha, xifóide acrescido de mais 20 cm. Marca a distância total com uma fita adesiva.</p> <p>Lubrificar a sonda. Tratando-se de sonda enteral é necessária a lubrificação da sonda e o mandril.</p> <p>Introduzir a sonda nasogástrica na narina inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo até chegar ao ponto marcado, solicitando ao paciente que degluta a sonda, e respire pela boca.</p> <p>Introduzir a sonda enteral com o mandril na narina, inicialmente no sentido cranial e depois para trás e para baixo até chegar a um ponto resistente, remova o mandril do interior da sonda, segurando a mesma ao nível da narina.</p> <p>Aspirar a sonda com a seringa, observando a presença de conteúdo gástrico, logo após, injetar ar e concomitantemente, auscultar a existência de ruídos hidroaéreos no quadrante superior do abdome, confirmando a presença da sonda no estômago.</p> <p>Fixar a parte externa da sonda, na face, após desengordurar a pele com éter. Na sonda enteral, deixar uma alça em forma de "U".</p> <p>Solicitar Raio X simples de abdome após 2h a 4h da passagem da sonda.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Orientar o paciente quanto a necessidade da permanência da sonda.</p> <p>Vigiar o paciente para não retirar a sonda e verificar possível desconforto do paciente.</p> <p>Não forçar a introdução da sonda, se encontrar resistência, tentar em outra narina.</p>			

	<p>Observar orientação do fabricante das SNE's quanto à sua lubrificação. Se previamente lubrificada usar somente soro fisiológico.</p> <p>Se o paciente apresentar tosse ou cianose, interromper o procedimento até que ele se recupere.</p> <p>Atentar para limpeza das narinas e a troca da fixação sempre que necessário.</p> <p>Paciente com suspeita de traumatismo de base de crânio (com equimose periorbitária e liquorrágia) não passar sonda orogástrica. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">586</span></p> <p>Comunicar a equipe médica: Presença de sangramento importante durante a sondagem e impossibilidade de introdução da sonda após várias tentativas.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Descomprimir o estômago, remover gás e líquidos, administrar medicações e dieta, obter conteúdo gástrico para exames, preparar para cirurgia.
Elaborado por:	Aprovado por:

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Número</b>	<b>Página</b>
				<b>Revisão</b>	<b>Data</b>
<b>Procedimento: Administração de Medicamento por Sondas (Nasogástrica, Enteral, Gastrostomia, Jejunostomia)</b>					
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem				
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Em horários prescritos				
<b>Condições Necessárias</b>	Medicação prescrita, no copinho descartável identificado, seringa 20 ml, gaze, copo com água, estetoscópio.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>- Lavar as mãos, preparar o material para o procedimento, preparar a medicação, identificar o paciente pelo nome explicando-lhe o procedimento e elevar a cabeceira do leito, exceto quando contra indicado.</p> <p>- Certificar-se de que a sonda esteja no local, através do teste de ausculta abdominal ou aspiração do conteúdo gástrico.</p> <p>- Aspirar a medicação contida no copinho, dobrar a extremidade da sonda, abri-la, adaptá-la à seringa e introduzir a medicação na sonda, evitando a entrada de ar.</p> <p>- Lavar a sonda com 40 ml de água em média, após o término da medicação e fechar a sonda.</p> <p>- Providenciar descarte, limpeza e ordem do material, lavar as mãos e checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b> Manter a sonda fechada e abri-la após 30' da administração do medicamento, quando a sonda estiver sob drenagem; Não administrar a medicação, caso o paciente esteja com regurgitação ou vômitos; Não misturar medicações líquidas ou dissolvidas, no mesmo recipiente; Comunicar e registrar: efeitos colaterais, reações adversas ou complicações apresentadas e recusa do medicamento pelo paciente.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Realização da terapêutica medicamentosa com eficácia e eficiência visando o pronto restabelecimento do paciente.				
Elaborado por:			Aprovado por:		

		<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>
			<b>Revisão</b>		<b>Data</b>
<b>Procedimento: Cateterismo Vesical de Alívio</b>					
<b>Quem</b>	Enfermeiro				
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)				
<b>Quando</b>	Quando indicado				
<b>Condições Necessárias</b>	Material para higiene íntima, seringa de 20 ml (c/bico) luvas de procedimento e estéril, gaze, gel lubrificante, sonda uretral de nelaton (adulto - nº 12 a 14; crianças - nº 8 a 12), aparadeira, cuba rim e coletor para exame, se necessário.				
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Identificar o paciente e orientá-lo sobre a sondagem e sua finalidade.            Reunir o material necessário e colocar o paciente em posição adequada. (sexo feminino: posição ginecológica; sexo masculino: decúbito dorsal)            Preparar o ambiente, lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento.            Realizar higiene íntima (ver POP específico) e após, retirar as luvas e lavar as mãos com água e sabão, friccionando-as com álcool a 70%.            Abrir o material, deixando a sonda na embalagem, sem contaminar.            Calças as luvas estéreis e lubrificar a sonda com gel anestésico, com auxílio de uma gaze.            Realizar a sondagem feminina: afastar os pequenos lábios, com o dedo indicador e polegar, com auxílio da gaze visualizando o meato uretral. Mantendo esta posição, introduzir a sonda pelo meato na direção, para cima e para trás, cerca de 5 a 8 cm.            Realizar a sondagem masculina: colocar o pênis em posição vertical, afastando o prepúcio da glande; passa xilocaína na sonda e introduzir a sonda através do meato uretral cerca de 18 a 24 cm.            Esperar e escoar a urina dentro da cuba rim. Antes da retirada da sonda, fazer leve pressão sobre a região supra púbica.            Retirar a sonda vesical, após toda a drenagem da urina e providenciar descarte do material; retirar as luvas e lavar as mãos, friccionando-as com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem, checar o procedimento e registrar no prontuário as anotações necessárias.            Não forçar a introdução da sonda, se encontrar resistência.            A escolha do calibre da sonda depende de uma prévia avaliação do paciente.            Ao colher o material para exame, deixar cair diretamente do coletor, com cuidado para não contaminar.            Comunicar a equipe médica: sangramento, secreção, resistência na passagem da sonda.</p>				
<b>Resultado Esperado</b>	Aliviar a distensão vesical pela retenção de urina, coletar material para exame, controlar diurese				
Elaborado por:			Aprovado por:		

588

	<b>POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Número</b>		<b>Página</b>	
		<b>Revisão</b>		<b>Data</b>	
<b>Procedimento: Administração de Dieta por Sonda Enteral, Nasogástrica e Gastrostoma</b>					
Quem	Equipe de Enfermagem				
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)				
Quando	Em horários prescritos				
Condições Necessárias	Bandeja contendo; dieta prescrita, copo com água filtrada, luvas de procedimento, seringa de 20ml, gaze, equipo de soro, suporte de soro, bomba de infusão, estetoscópio, prontuário.				
Descrição do Procedimento	<p>Lavar as mãos, reunir o material, inclusive a dieta, encaminhar-se ao leito;</p> <p>Identificar o paciente pelo nome, explicando-lhe o procedimento e elevar a cabeceira do leito, caso não haja contra indicação;</p> <p>Calçar luvas, aspirar conteúdo gástrico c/ a seringa vazia p/ certificar do posicionamento, permeabilidade da sonda e observação do aspecto do retorno. A sonda enteral, posicionada no duodeno, é desnecessária aspiração;</p> <p>Dobrar a extremidade da sonda antes de abri-la, conectando a seringa contendo a dieta, ou o equipo com auxílio de uma gaze e introduzir a dieta lentamente, evitando a entrada de ar;</p> <p>Ao término da dieta lavar a sonda com 40ml de água em média, removendo todo o resíduo alimentar. Em criança a quantidade de água depende do tamanho e peso da mesma;</p> <p>Fechar a sonda, providenciar descarte, limpeza e ordem do material; retirar as luvas, lavar as mãos e checar o procedimento registrando no prontuário.</p> <p>Em pacientes com dieta contínua, controlar o gotejamento, de acordo com a prescrição médica (usar bomba de infusão);</p> <p>Durante e após a administração da dieta, deixar o paciente com a cabeceira elevada por 1 hora, evitando assim a regurgitação e pneumonia aspirativa;</p> <p>Caso o resíduo gástrico seja superior a 10ml, devolvê-lo e não administrar a dieta neste horário. Em crianças pequenas, o volume do resíduo gástrico deve ser observado conforme prescrição médica;</p> <p>Hidratar o paciente nos intervalos das refeições, conforme prescrição;</p> <p>Observar o aspecto, odor da dieta antes de administrá-la, se estiver gelada, tirar da geladeira 30' antes. As dietas administradas de forma contínua não devem ultrapassar o tempo de 6 h gotejando, devem ser substituídas, mesmo que não tenham terminado, devido ao risco de fermentação do alimento;</p> <p>Caso a sonda não esteja posicionada corretamente ou permeável, e se o paciente apresentar náusea, vômito, distensão abdominal, sangramento e resíduo gástrico superior a 100ml, comunicar ao médico e registrar.</p>				
Resultado Esperado	Garantir nutrição adequada a pacientes com impossibilidade/ dificuldade de deglutição.				
Elaborado por:					Aprovado por:

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Superiores – Via Nasal e Oral</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador completo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento, soro fisiológico ou água destilada, gaze, borracha de látex, máscara, prontuário, frasco de aspiração, oxímetro de pulso, monitor cardíaco.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Montar o aspirador testando seu funcionamento.</p> <p>Lavar as mãos, preparar a bandeja para a realização do procedimento e informar ao paciente o procedimento a ser realizado, colocando-o com a cabeceira elevada (não havendo contra indicação).</p> <p>Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</p> <p>Colocar a máscara e calçar as luvas.</p> <p>Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na cavidade nasal oral, com a borracha pinçada, respectivamente.</p> <p>Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15”), retirando a sonda lentamente com movimento giratório.</p> <p>Aspirar soro fisiológico ou água destilada, após cada aspiração, para lavar a sonda. Repetir o procedimento, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</p> <p>Monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de oxigênio.</p> <p>Lavar a sonda e a borracha de látex, aspirando soro fisiológico ou água destilada, desprezando o restante do líquido utilizado.</p> <p>Desconectar e desprezar a sonda.</p> <p>Proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antissepsia friccionando com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Checar o procedimento, registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Não fazer aspiração desnecessária, para evitar lesão das mucosas.</p> <p>Na aspiração das vias aéreas superiores, utilizar a mesma sonda aspirando primeiramente a cavidade nasal em seguida a oral.</p> <p>Para facilitar a aspiração oral em pacientes inconscientes, deve-se virar a cabeça para o lado que se deseja aspirar.</p> <p>Realizar a troca do conjunto (borracha e frasco) após uso.</p> <p>Desprezar as secreções do vidro de aspiração no expurgo.</p> <p>Realizar higiene oral três vezes ao dia.</p> <p>Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração.</p>		

	Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário.
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, mantendo padrão ventilatório e proporcionando conforto ao paciente.
Elaborado por:	Aprovado por:

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Inferiores – Via Traqueostomia / Cânula Endotraqueal</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador completo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento estéril, soro fisiológico ou água destilada, gaze, borracha de látex e máscara, prontuário, frasco de aspiração, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, respirador.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Montar e testar o aspirador.</p> <p>Lavar as mãos, realizar desinfecção da bandeja e preparar o material para a realização do procedimento.</p> <p>Informar ao paciente o procedimento a ser realizado, colocando o mesmo com a cabeceira elevada, caso não haja contra indicação.</p> <p>Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</p> <p>Colocar a máscara e as luvas.</p> <p>Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na traqueostomia ou tubo endotraqueal com a borracha pinçada e fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha entre (10 a 15”), retirando a mesma lentamente com movimento giratório.</p> <p>Aspirar soro fisiológico ou água destilada, após aspiração para lavar a sonda. Repetir o procedimento, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</p> <p>Desconectar a sonda, desprezá-la e proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antisepsia, friccionando com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de oxigênio.</p> <p>Não fazer aspiração desnecessária para evitar lesão das mucosas hipóxia e arritmias.</p> <p>Realizar troca do conjunto (borracha e frasco).</p> <p>Desprezar as secreções do vidro de aspiração no expurgo, registrando o volume e aspecto da secreção.</p> <p>Atentar para desconforto respiratório, ansiedade, arritmias.</p> <p>Comunicar ao médico alterações. Caso o paciente esteja no respirador ou em uso de cateter através da traqueostomia / tubo endotraqueal, desconectar ou retirar o cateter, protegendo as suas extremidades com gaze.</p> <p>Atentar para comunicação não verbal do paciente durante o PROCEDIMENTO (expressão facial, movimentos do corpo, olhar, etc.).</p>		

	<p>Observar a sequência da aspiração; 1ª aspiração traqueal, seguida da nasal e oral, podendo utilizar a mesma sonda. Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração. Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário. Caso a secreção esteja espessa, pode-se fluidificá-la com soro fisiológico 0,9% ou água destilada. <span style="float: right;">593</span></p>
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, melhorar o padrão ventilatório e oxigenação e proporcionar conforto ao paciente.
Elaborado por:	Aprovado por:

		POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
			Revisão	Data
<b>Procedimento: Ressuscitação Cardiorespiratória em Adulto</b>				
Quem	Equipe de Enfermagem			594
Onde	UTI (junto ao leito do paciente)			
Quando	Quando necessário e indicado			
Condições Necessárias	Monitor cardíaco, tábua de reanimação, carro de emergência (ver POP específico), desfibrilador, oxímetro de pulso, bomba de infusão, aspirador e material para aspiração; medicamentos e material descartável.			
Descrição do Procedimento	<p>Medidas Básicas:</p> <p>Constatar PCR: detectar inconsciência → solicitar ajuda;</p> <p>Verificar respiração (olhar, sentir, ouvir) e batimentos cardíacos (carotídeo ou femoral);</p> <p>Posicionar paciente em decúbito dorsal em superfície rígida. Iniciar o A-B-C;</p> <p>A – Abrir vias aéreas: colocar cabeça em dorso-flexão e aspirar secreções;</p> <p>B – Ventilar inicialmente 2 vezes com ambú, conectar O2 (12 a 15 litros) e observar expansão torácica</p> <p>C – Compressões torácicas no terço inferior do esterno</p> <p>1 socorrista → 2 ventilações X 15 compressões</p> <p>2 socorristas → 1 ventilação X 5 compressões</p> <p>Medidas Avançadas</p> <p>Estabelecer as funções dos membros da equipe (máximo de 4);</p> <p>1º socorrista coordena a equipe e assume a ventilação (médico);</p> <p>2º socorrista realiza compressões torácicas e coordena junto ao médico (enfermeiro);</p> <p>3º socorrista providencia acesso venoso, prepara e administra medicamentos (Enfermeiro e Tec. de Enfermagem);</p> <p>4º socorrista dá apoio aos membros da equipe na punção venosa e medicações, mantém contatos telefônicos e providencia materiais. (Tec. de Enfermagem).</p> <p>Colocar carro de emergência próximo ao leito;</p> <p>Monitorizar ritmo cardíaco e padrão ventilatório;</p> <p>Atentar e atuar para arritmias cardíacas;</p> <p>Preparar material para intubação endotraqueal e auxiliar no procedimento;</p> <p>Providenciar acesso venoso periférico e manter acesso com SF 0,9%;</p> <p>Preparar medicações (inicialmente adrenalina e atropina), identificar as seringas – aguardar orientação médica: imediatamente após uso, mantê-las preparadas para nova administração;</p> <p>Ligar desfibrilador e auxiliar na desfibrilação, se indicado;</p> <p>Aspirar secreção oral e traqueal;</p> <p>Registrar horário da PCR e da administração das medicações;</p> <p>Manter atuação junto a equipe médica até a recuperação do paciente ou decisão de interromper a RCR;</p> <p>Contatar laboratório, Raio X, se indicado;</p> <p>Observar nível de consciência;</p> <p>Providenciar após o término da PCR, a reposição, ordem e limpeza dos materiais utilizados;</p> <p>Registrar no prontuário as manobras executadas, estado geral do</p>			


	<p>paciente.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Garantir a privacidade do paciente; Utilizar os EPI's necessários; Manter o ambiente o mais organizado possível; Colocar balde de lixo próximo ao leito; Não deixar materiais e equipamentos sobre o leito; Reservar as ampolas vazias e invólucros descartáveis para posterior reposição e registro; Iniciar manobras básicas nos primeiros 4 minutos de PCR; Iniciar manobras avançadas até 8 minutos de PCR; Interromper fluxo de soluções e medicações em uso, instalar SF em 20ml/Kg ou conforme indicação médica; Interromper fluxo de dieta via gástrica ou enteral, colocar sob aspiração; Caso seja constatado o óbito – ver POP específico.</p>		
Resultado Esperado	Retorno do paciente nas condições hemodinâmicas, Recuperar pacientes vítimas de PCR em tempo hábil, evitando danos cerebrais.		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Elaborado por:</td> <td style="width: 40%;">Aprovado por:</td> </tr> </table>		Elaborado por:	Aprovado por:
Elaborado por:	Aprovado por:		

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Inferiores - Via Traqueostomia / Cânula Endotraqueal</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador completo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento estéril, soro fisiológico ou água destilada, gaze, borracha de látex e máscara, prontuário, frasco de aspiração, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, respirador.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Montar e testar o aspirador.</p> <p>Lavar as mãos, realizar desinfecção da bandeja e preparar o material para a realização do procedimento.</p> <p>Informar ao paciente o procedimento a ser realizado, colocando o mesmo com a cabeceira elevada, caso não haja contra indicação.</p> <p>Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.</p> <p>Colocar a máscara e as luvas.</p> <p>Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na traqueostomia ou tubo endotraqueal com a borracha pinçada e fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha entre (10 a 15"), retirando a mesma lentamente com movimento giratório.</p> <p>Aspirar soro fisiológico ou água destilada, após aspiração para lavar a sonda. Repetir o procedimento, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3' entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.</p> <p>Desconectar a sonda, desprezá-la e proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.</p> <p>Providenciar descarte e limpeza do material.</p> <p>Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antisepsia, friccionando com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem.</p> <p>Checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>Monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de oxigênio.</p> <p>Não fazer aspiração desnecessária para evitar lesão das mucosas hipóxia e arritmias.</p> <p>Realizar troca do conjunto (borracha e frasco).</p> <p>Desprezar as secreções do vidro de aspiração no expurgo, registrando o volume e aspecto da secreção.</p> <p>Atentar para desconforto respiratório, ansiedade, arritmias.</p> <p>Comunicar ao médico alterações. Caso o paciente esteja no respirador ou em uso de cateter através da traqueostomia / tubo endotraqueal, desconectar ou retirar o cateter, protegendo as suas extremidades com gaze.</p> <p>Atentar para comunicação não verbal do paciente durante o PROCEDIMENTO (expressão facial, movimentos do corpo, olhar, etc.).</p>		

	<p>Observar a sequência da aspiração; 1ª aspiração traqueal, seguida da nasal e oral, podendo utilizar a mesma sonda. Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração. Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário. Caso a secreção esteja espessa, pode-se fluidificá-la com soro fisiológico 0,9% ou água destilada.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, melhorar o padrão ventilatório e oxigenação e proporcionar conforto ao paciente.
Elaborado por:	Aprovado por:

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidado de Enfermagem ao Paciente em Uso de Ventilação Mecânica</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeira		598
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Continuamente quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Respirador completo, fluxômetro, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro; Material médico hospitalar Soro fisiológico 0,9% ou água destilada Suporte de soro, filtro e material para aspiração completo Carro de emergência.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	Estabelecer métodos de comunicação com o paciente: deixar ao alcance campainha, papel e lápis e ainda tentar entendê-lo através da mímica; Observar rigorosamente o funcionamento do aparelho: verificar regulagem, adaptação ao tubo ou traqueostomia, evitar dobras ou obstrução dos tubos; Orientar o paciente em respiração assistida: observar nos casos de respiração controlada, se o paciente compete com o aparelho; Controlar o fluxo de oxigênio, sensibilidade e pressão do aparelho regulados conforme prescrição; Manter o nebulizador com quantidade de líquido suficiente e retirar o excesso de líquido que se acumula no circuito; Verificar possível escapamento de oxigênio: pelo aparelho, pelo circuito ou pelas conexões; Trocar diariamente o circuito do aparelho, principalmente em presença de grande quantidade de secreções; Posicionar o circuito do aparelho de forma a proporcionar conforto ao paciente, impedindo dobras, desconexões, etc.; Manter vias aéreas permeáveis através de aspiração de secreção oral e traqueal; Verificar perfeita ventilação dos pulmões através da expansibilidade torácica e ausculta pulmonar; Monitorizar e registrar saturação de oxigênio e sinais vitais; Atentar para queixas, alterações e registrar. <b>Observações:</b> Estar atento a possível interrupção no fornecimento de oxigênio; Comunicar ao médico/ fisioterapeuta qualquer interrupção na ciclagem do aparelho; Atentar para os tipos de respiração mecânica: Assistida → o paciente comanda o aparelho; Controlada → o ciclo respiratório é iniciado pelo aparelho; Atentar para as vias de acesso através de máscara, de tubo endotraqueal ou de traqueostomia. Atentar para os tipos de respiradores: Ciclado por pressão → os pulmões recebem a mistura gasosa até que uma determinada pressão seja obtida; Ciclado por volume → os pulmões recebem um volume pré-fixado de mistura gasosa, em cada insuflação;		



	Atentar para o manuseio do paciente (cuidados higiênicos, mudança de decúbito, procedimentos, etc.) não extubar nem desconectar os tubos. Se precisar (paciente agitado, inconsciente) realizar contenção de membros superiores; Lavar as mãos antes e após cuidados.
<b>Resultado Esperado</b>	Corrigir a hipoventilação, fazer profilaxia da insuficiência respiratória, permitir a oxigenoterapia e proporcionar conforto ao paciente.
Elaborado por:	Aprovado por: 

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Aspiração de Secreções das Vias Aéreas Inferiores - Via Traqueostomia / Cânula Endotraqueal</b>			
<b>Quem</b>	Equipe de Enfermagem		600
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Sempre que necessário		
<b>Condições Necessárias</b>	Aspirador completo, sonda de aspiração (crianças n.º 6 a 10, adulto 12 a 16), luvas de procedimento estéril, soro fisiológico ou água destilada, gaze, borracha de látex e máscara, prontuário, frasco de aspiração, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, respirador.		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<p>Montar e testar o aspirador.          Lavar as mãos, realizar desinfecção da bandeja e preparar o material para a realização do procedimento.          Informar ao paciente o procedimento a ser realizado, colocando o mesmo com a cabeceira elevada, caso não haja contra indicação.          Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à borracha, mantendo a sonda na embalagem.          Colocar a máscara e as luvas.          Ligar o aspirador, introduzindo a sonda com o auxílio da gaze na traqueostomia ou tubo endotraqueal com a borracha pinçada e fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha entre (10 a 15”), retirando a mesma lentamente com movimento giratório.          Aspirar soro fisiológico ou água destilada, após aspiração para lavar a sonda. Repetir o procedimento, se necessário, dando um intervalo de 1 a 3’ entre as aspirações, oxigenando o paciente neste intervalo, se indicado.          Desconectar a sonda, desprezã-la e proteger a extremidade da borracha com a embalagem da sonda ou gaze.          Providenciar descarte e limpeza do material.          Retirar as luvas, lavar as mãos, complementando a antisepsia, friccionando com álcool a 70% e manter o ambiente em ordem.          Checar o procedimento registrando no prontuário as anotações necessárias.</p> <p><b>Observações:</b>          Monitorizar padrão ventilatório, ritmo cardíaco e saturação de oxigênio.          Não fazer aspiração desnecessária para evitar lesão das mucosas hipóxia e arritmias.          Realizar troca do conjunto (borracha e frasco).          Desprezar as secreções do vidro de aspiração no expurgo, registrando o volume e aspecto da secreção.          Atentar para desconforto respiratório, ansiedade, arritmias.          Comunicar ao médico alterações. Caso o paciente esteja no respirador ou em uso de cateter através da traqueostomia / tubo endotraqueal, desconectar ou retirar o cateter, protegendo as suas extremidades com gaze.          Atentar para comunicação não verbal do paciente durante o PROCEDIMENTO (expressão facial, movimentos do corpo, olhar, etc.).          Observar a sequência da aspiração; 1ª aspiração traqueal, seguida da nasal e oral, podendo utilizar a mesma sonda.</p>		



	<p>Desprezar o restante do soro fisiológico ou água destilada utilizados na lavagem da sonda de aspiração. Observar a presença de hipoxemia (cianose, agitação), ritmo respiratório, bradicardia, sangramento das mucosas, interromper a aspiração, oxigenar e comunicar à equipe médica se necessário. Caso a secreção esteja espessa, pode-se fluidificá-la com soro fisiológico 0,9% ou água destilada.</p>
<b>Resultado Esperado</b>	Conservar a via aérea permeável, melhorar o padrão ventilatório e oxigenação e proporcionar conforto ao paciente. <span style="float: right;">601</span>
Elaborado por:	Aprovado por:



	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Número	Página
		Revisão	Data
<b>Procedimento: Cuidado Com Paciente Com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)</b>			
<b>Quem</b>	Enfermeira		602
<b>Onde</b>	UTI (junto ao leito do paciente)		
<b>Quando</b>	Quando indicado		
<b>Condições Necessárias</b>	Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, fluxômetro, eletrocardiógrafo, estetoscópio, tensiômetro, suporte de soro, bomba de infusão e carro de emergência; Material médico hospitalar e medicamentos; Prontuário		
<b>Descrição do Procedimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar e registrar ritmo cardíaco, sinais vitais e saturação de oxigênio;</li> <li>- Manter acesso venoso e oxigenar o paciente, através de cateter ou máscara;</li> <li>- Aliviar a dor pela administração imediata da terapêutica medicamentosa e acalmar o paciente, evitando que execute movimentos bruscos;</li> <li>- Observação geral do paciente: sudorese, palidez, cianose, agitação, vômitos, estado de consciência, etc.;</li> <li>- Monitorizar dor quanto a: características, localização, irradiação, intensidade, duração, fatores desencadeantes;</li> <li>- Realizar ausculta cardíaca e observar nível de consciência e fazer eletrocardiograma e observar evolução;</li> <li>- Manter repouso absoluto no leito;</li> <li>- Controlar rigorosamente gotejamentos de soluções (deve evitar sobrecarga hídrica) e líquidos administrados e eliminados e registrar;</li> <li>- Registrar queixas, alterações e comunicar prontamente alteração do quadro.</li> </ul> <p><b>Observações:</b> Atentar para hipoxemia, para exames laboratoriais, para prevenção de tromboflebite através da movimentação passiva dos membros e massagens musculares; Vigilância contínua; Manter carro de emergência para pronto uso;</p>		
Elaborado por:		Aprovado por:	

### **5.3.6. Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios**

O IGA acredita que o desenvolvimento de atividades de estudo e ensino contribuem para o alcance da excelência na prestação de assistência à saúde, e assim, pretende celebrar Convênios e Parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa, com o objetivo de permitir a utilização dos serviços do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ como campo de estágios, ensino e pesquisas. Para tanto, adotaremos as seguintes providências:

- Incrementar as ações e serviços relacionados as comissões obrigatórias atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE);
- Ofertar campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de Instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.;
- Incentivar a realização de pesquisas científicas e disponibilizar a estrutura necessária e disponível;
- Acompanhar, monitorar e fiscaliza as atividades de ensino e pesquisa realizadas no Hospital com vistas ao cumprimento da legislação e normas da SES/GO e do HEI;
- Dispor de profissionais qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica/legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normas vigentes;
- Manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores de acordo com as normas legais disciplinares.