

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Cecília Biasibetti Soster
Ana Paula de Lima
Organizadores



MANUAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM UPA MOACYR SCLiar

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MOACYR SCLIAR**

**MANUAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
DA UPA MOACYR SCLIAR**

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER
ANA PAULA DE LIMA

Organizadores

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

PORTO ALEGRE
2019

B823fm Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. UPA Moacyr Scliar
Manual do técnico de enfermagem da UPA Moacyr Scliar; organização de
Cecília Biasibetti Soster; Ana Paula de Lima. Porto Alegre: Hospital Nossa
Senhora da Conceição, 2019.
95 p. ; 23 cm.

ISBN 978-85-61979-41-6

1. Saúde Pública - Brasil – Sistema Único de Saúde – Unidades de Pronto
Atendimento – Técnicos de Enfermagem 2. Soster, Cecília Biasibetti, Org. 3.
Lima, Ana Paula de, Org. I Título.

CDU 616-083:658: 614(81)(035)

Ficha catalográfica elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

SUMÁRIO

1 UPA MOACYR SCLIAR	5
2 GRUPO DE TRABALHO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (GT SAE)	6
3 PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA UPA	7
3.1 NO FLUXO	8
3.2. NA SALA DE MEDICAÇÃO.....	9
3.3 NA SALA DE OBSERVAÇÃO E ISOLAMENTO	13
3.4 NA SALA DE OBSERVAÇÃO ANEXO.....	15
3.5 NA SALA DE URGÊNCIAS.....	18
3.6 TÉCNICO DE ENFERMAGEM VOLANTE	20
3.7 TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTERMEDIÁRIO.....	21
4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS	22
4.1 ASSISTÊNCIA SEGURA.....	23
4.1.1 POP Identificação do Paciente	23
4.1.2 POP Higienização das Mãos	25
4.1.3 POP Montagem do Leito	27
4.1.4 POP Passagem de Plantão em Unidades Assistenciais.....	30
4.1.5 POP Passagem de Plantão em Unidades de Apoio.....	32
4.1.6 POP Admissão de Pacientes em Sala de Urgências.....	34
4.1.7 POP Admissão de Pacientes em Sala de Observação e Anexo	37
4.1.8 POP Cuidados para Prevenção de Lesão por Pressão.....	38
4.1.9 POP Cuidados com Pacientes com Risco de Queda Elevado.....	41
4.2 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.....	43
4.2.1 Frequência Cardíaca.....	44
4.2.2 Frequência Respiratória.....	45
4.2.3 Temperatura Corporal.....	47
4.2.4 Oximetria de Pulso.....	49
4.2.5 Pressão Arterial.....	51
4.2.6 Avaliação da Dor.....	54
4.2.7 Observações	56
4.2.8 Parâmetros de Normalidade	57
4.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	57

4.3.1 POP Administração de Medicamento por Via Oral	57
4.3.2 POP Administração de Medicamento por Via Inalatória	60
4.3.3 POP Administração de Medicamento por Via Sonda Enteral ou Gástrica .	62
4.3.4 POP Administração de Medicamento por Via Intramuscular	65
4.3.5 POP Administração de Medicamento por Via Endovenosa	71
4.4 ALIMENTAÇÃO, HIGIENE E CONFORTO	74
4.4.1 POP Manuseio e Administração de Nutrição Enteral em Sistema Fechado	74
4.4.2 POP Higiene Oral em Pacientes Dependentes	77
4.4.3 POP Higiene Oral em Pacientes em Ventilação Mecânica	81
4.4.4 POP Higiene Corporal	84
4.4.5 POP Higiene Perineal	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93

1 UPA MOACYR SCLiar

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER
ANA PAULA DE LIMA

De acordo com Política Nacional de Atenção a Urgências (PNAU), define-se por Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências o serviço com funcionamento durante 24 horas diárias, que é habilitado a prestar atendimentos correspondentes ao primeiro nível de assistência a pacientes que requerem cuidados de baixa e média complexidade. Essas unidades prestam assistência resolutiva aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados e constituem-se em estruturas de complexidade intermediária, ocupando a lacuna assistencial entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), compreendidas como as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, e os Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) (BRASIL, 2006). A partir de 2009, as unidades acima descritas, também chamadas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), passam a compor a organização das redes locorregionais de atenção integral às urgências, contam com uma sala de estabilização para pacientes críticos e têm sua estrutura reformulada, em conformidade à PNAU, passando a ser regulamentadas com maior intensidade (BRASIL, 2009). Criadas, em 2003, por meio da portaria 2048/2002 e reformuladas em 2009 e 2013 (BRASIL, 2013), as UPAs têm desenvolvido um importante papel na descentralização da assistência e no atendimento de pacientes que, até então, dirigiam-se aos SEH (BRASIL, 2006; ZANON; ZANIN; FLÓRIO, 2016).

A UPA Moacyr Scliar, inaugurada em 2012, por uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, do Ministério da Saúde e sob a gestão do Grupo Hospitalar Conceição, foi planejada para o atendimento de uma área de abrangência de 200 a 300 mil habitantes, do Eixo Norte-Baltazar, Humaitá - Navegantes e Ilhas, de Porto Alegre. Conta com uma área física construída de 1.500 m², com atendimento 24 horas nas clínicas médica, cirurgia geral e odontologia. Oferta exames de radiográficos, laboratoriais e eletrocardiograma, além de prestar, diariamente, uma média de atendimento a 350 pacientes de Porto Alegre e da região metropolitana (CORREA *et al.*, 2018).

2 GRUPO DE TRABALHO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (GT SAE)

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em uma metodologia que embasa a aplicação dos conhecimentos técnicos, científicos e humanos na assistência aos pacientes (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; SPERANDIO; EVORA, 2005). Sua utilização confere maior segurança ao paciente e uma assistência de enfermagem autônoma e eficaz (TANNURE; PINHEIRO, 2013). Em 2009, a SAE tornou-se uma atividade obrigatória em todos os serviços de saúde, devendo ser desenvolvida e implementada a partir do Processo de Enfermagem (PE) (COFEN, 2009).

A fim de atender as premissas do COFEN, a UPA Moacyr Scliar iniciou, no ano de 2017, um grupo de trabalho para discutir a implantação da SAE, levando em conta a peculiaridade de seu perfil assistencial. Inicialmente composto por Enfermeiros, optou-se por começar mapeando as competências técnicas dos profissionais e padronizar a assistência por meio da criação e implementação de Procedimentos Operacionais Padronizados (POP).

Desde sua criação, o denominado Grupo de Trabalho na Sistematização da Assistência de Enfermagem (GT SAE) vem realizando encontros periódicos e avançando no desenvolvimento de POPs de acordo às necessidades trazidas do serviço. Foram convidados técnicos de enfermagem e enfermeiros de todos os turnos para a discussão destes e, atualmente, o grupo é formado por 05 técnicos de enfermagem e 06 enfermeiros que participam ativamente das discussões, construção dos POPs e capacitação dos profissionais.

O presente manual foi desenvolvido a partir de um processo incansável que envolveu análises, discussões e readequações acerca dos processos práticos da assistência de enfermagem na UPA MS. Foram reunidos, nesta publicação, alguns dos POPs desenvolvidos até então, os demais POPs podem ser acessados no Repositório de Documentos do GHC.

Para um futuro breve, caminha-se para o desenvolvimento e a implementação do Processo de Enfermagem, paralelamente ao desenvolvimento e atualização dos POPs, concretizando, dessa forma, a SAE na UPA MS.

3 PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA UPA

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER
ANA PAULA DE LIMA
ALLANT SILVA KLEIN
CAROLINA LUIZA SCHROEDER
DAIANE MACHADO PACHECO
DENISE CATARINA VOLKART
EVA JULIA VIEIRA OLIVEIRA
ISABEL CRISTINA BASTOS DA SILVA
LUCIANE OLTRAMARI
LUIZ FERNANDO DANTAS PIRES
MERI ELEN DORNELES JULIANOTTE

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) consiste-se na maior instituição pública de saúde do sul do Brasil, com o foco na atenção básica e uma larga experiência no desenvolvimento de programas de saúde. O GHC é composto por 4 hospitais, 12 Unidades de Atenção Primária, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Consultório na Rua, uma Gerência de Ensino e Pesquisa e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Conta com mais de 9 mil colaboradores nas suas mais diversas áreas.

Assim como nas demais áreas do GHC, na UPA MS, trabalha-se para uma assistência qualificada e segura ao paciente. Considerando a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem - a Lei nº 7.498/86 (COFEN, 1986) e o Código de Ética e Conduta do GHC (GHC, 2017), espera-se que o profissional que atue neste serviço contribua ativamente ao desenvolvimento da instituição e à excelência no atendimento. As atividades da UPA MS estão embasadas na missão, na visão e nos valores do GHC.

MISSÃO: Oferecer atenção integral à saúde, pela excelência no ensino e pesquisa, eficiência da gestão, comprometimento com a transparência, segurança organizacional e responsabilidade social.

VISÃO: Ser uma instituição reconhecida nacionalmente por acolher e cuidar com qualidade e segurança.

VALORES: Compromisso com o usuário; Equidade; Estímulo à inovação; Estímulo à produção e socialização do conhecimento; Integralidade; Participação; Responsabilidade Social; Sustentabilidade; Transparência; Universalidade; e Valorização do trabalho e do trabalhador.

Para orientar os profissionais dentro de suas atividades, em cada setor da UPA MS, foram construídas as tabelas abaixo descritas, onde estão identificadas as competências técnicas dos profissionais técnicos de enfermagem nesse serviço.

3.1 NO FLUXO

Fluxo	
2 Técnicos de Enfermagem	<p>Técnico 1 – FAST TRACK:</p> <ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão conforme POP; # Revisar consultórios, trocar lençóis e repor materiais (na ausência do funcionário do material); # Realizar desinfecção dos otocones, uma vez ao turno (na ausência do funcionário do material); # Realizar eletrocardiograma (ECG) dos pacientes do consultório e Classificação de Risco (CR) (NOITE: o ECG é realizado pelo técnico da Sala de Coleta);# Medicação de pacientes do <i>FAST TRACK</i>, conforme POP de administração de medicamentos; # Manter carro de medicação do <i>FAST TRACK</i> limpo e organizado.
	<p>Técnico 2 – FLUXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão conforme POP; # Realizar <i>checklist</i>; # Revisar pacientes que aguardam no container; # Atender chamado de pacientes no saguão; # Verificar sinais vitais (SV) (PA, FC, FR, TAX e SpO2) dos pacientes que aguardam para classificação e nos consultórios quando solicitado; # Realizar transporte dos pacientes quando solicitado.

<p>1 Técnico de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão conforme POP; # Realizar <i>checklist</i>; # Revisar pacientes que aguardam no container; # Atender chamado de pacientes no saguão; # Revisar consultórios, trocar lençóis e repor materiais (na ausência do funcionário do material); # Realizar desinfecção dos otocones, 1 vez ao turno (na ausência do funcionário do material); # Verificar SV (PA, FC, FR, TAX e SpO2) dos pacientes que aguardam para classificação de risco; # Realizar ECG dos pacientes do consultório e CR (NOITE: o ECG é realizado pelo Técnico da Sala de Coleta); # Medicação de pacientes do <i>FAST TRACK</i>, conforme POP de Administração de Medicamentos; # Manter carro de medicação do <i>FAST TRACK</i> limpo e organizado; # Realizar transporte dos pacientes quando solicitado.
<p><i>FAST TRACK</i>: Funciona das 7h às 19h Enfermeiro de Referência: Enfermeiro da CR.</p>	

3.2 NA SALA DE MEDICAÇÃO

Sala de Medicação	
<p>REFERENTE À SALA</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Realizar passagem de plantão pontualmente às 7h, 13h e 19h. Passar, de forma clara e objetiva, TODOS os pacientes em sala; # Manter o armário de materiais limpo e organizado; # Atentar para o uso adequado dos EPIs em TODOS os procedimentos; # Realizar <i>checklist</i> de sala - Técnico 1; # Realizar higienização da bancada de preparo de medicações, 1 vez ao turno - Técnico 2; # Revisar as caixas de perfurocortantes, solicitando sua troca, à higienização, quando atingir o limite de sua capacidade; # Manter saídas de gases montadas com fluxômetro; # Revisar todas as válvulas de gases da sala, a cada turno, e corrigir o que

	<p>não estiver adequado;</p> <p># Permitir a permanência de somente 1 acompanhante para menores de 18 anos, pacientes dependentes ou agitados, mediante a autorização do Enfermeiro;</p> <p># Horários de troca de acompanhante: 8h; 11h30min; 16h; 20h30min - somente para pacientes internados.</p> <p># Lavar e guardar comadres, papagaios, cubas e bacias no expurgo. Não se deve passar o plantão com esses equipamentos em uso;</p> <p># Manter expurgo e sala de equipamentos limpos e organizados.</p>
<p>Técnico de Enfermagem 1</p>	<p>ADMISSÃO DE PACIENTES PARA MEDICAÇÃO</p> <p># Observar prioridade da classificação de risco ao chamar o paciente (cor da pulseira);</p> <p># Conferir a prescrição médica e buscar medicação na Farmácia;</p> <p># Chamar paciente pelo nome completo, conferir a pulseira de identificação e acomodá-lo na poltrona;</p> <p># Informar as medicações e a via a serem administradas, questionar paciente quanto a alergias;</p> <p># Conferir novamente: paciente, medicação, dose e via, antes do preparo da medicação (conforme POP);</p> <p># Checar horário, assinar e carimbar (com número do COREN) o procedimento realizado em prescrição médica;</p> <p># Administrar medicação, observando técnica do procedimento (conforme POP);</p> <p># Em caso de coleta de sangue, deve ser realizada, preferencialmente, ANTES DE SER MEDICADO, em acesso exclusivo pelo técnico da coleta (exceto em casos de dor intensa);</p> <p># Administrar medicações prescritas, observando rótulos das infusões e dos equipamentos;</p> <p># Encaminhar paciente ao RX quando solicitado;</p> <p># Solicitar auxílio ao colega de sala ou técnico da cirúrgica sempre que necessário;</p>

Técnico de Enfermagem 2	<p>PACIENTES INTERNADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> # Verificar e registrar SV a cada 6h. Sempre que estiverem alterados, comunicar ao Enfermeiro e rever em até 1h; # Realizar Vigilância de Processos em TODOS os pacientes; # Comunicar a internação do paciente ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND); # Ofertar dieta CPM e auxiliar paciente conforme necessidade; # Garantir a segurança e o conforto do paciente nas poltronas; # Acordar e comunicar paciente e acompanhante sempre que realizar procedimentos e medicações; # Realizar troca de fraldas, NO MÍNIMO, 1 vez ao turno; # Evoluir alterações e cuidados realizados em formulário próprio (assinar e carimbar); # Aprazar a prescrição médica (PM), válida por 24h, a partir das 14h; # Os estornos devem ser realizados pelo técnico de enfermagem ao final de cada turno; # A retirada da PM deve ser realizada pelo técnico de enfermagem da tarde, antes das 14h; # Checar, registrar e evoluir medicamentos administrados; # Higienizar áreas próximas ao paciente, 1 vez ao turno, e quando necessário; # Higienizar papagaios, comadres e cubas após cada uso. Não passar o plantão com esses utensílios em uso; # Quando disponível leito em SO, encaminhar o paciente com prontuário e medicações e passar o caso ao técnico de enfermagem que o recebe. # As transferências devem ser realizadas, preferencialmente, até 30 minutos antes do final do plantão; # Comunicar alterações ao Enfermeiro responsável.
Técnico de Enfermagem 3	<p>SALA CIRÚRGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão em Sala Cirúrgica e conferir materiais e equipamentos;

- # Durante o dia, receber/passar as informações pertinentes para o profissional exclusivo para o material, sendo o RESPONSÁVEL pelo controle dos materiais esterilizados na ausência deste;
- # Levar materiais para Sala de Desinfecção, conforme demanda de procedimentos em Sala Cirúrgica, não acumular materiais nessa sala;
- # Revisar Consultório Cirúrgico e repor os materiais necessários;
- # Auxiliar o cirurgião SOMENTE nos procedimentos em Sala Cirúrgica;
- # Realizar os curativos encaminhados da rede básica em finais de semana e feriados, das 7h às 17h;
- # Realizar a desinfecção e o acondicionamento adequado dos materiais que não são encaminhados ao CME (na ausência de profissional exclusivo para o controle de materiais);
- # Conferir, organizar e registrar, em formulário específico, TODOS os materiais encaminhados e recebidos do CME (na ausência de profissional exclusivo para o controle de materiais);
- # Conferir e acondicionar, adequadamente, os materiais recebidos do CME (na ausência de profissional exclusivo para o controle de materiais);
- # Garantir a limpeza e organização do Expurgo e Sala de Desinfecção ao final do plantão;
- # Conferir a validade de TODAS as soluções, REGISTRAR e realizar a substituição quando necessário;
- # Realizar ECG solicitados no Fluxo quando houver apenas 1 Técnico de Enfermagem neste setor;
- # Auxiliar na Sala de Medicação ao término das atividades referentes à Sala Cirúrgica;

Enfermeiro de Referência: 5º Enfermeiro ou Enfermeiro da SO.

Médico responsável: Plantonista da Sala de Urgências.

Ambos os Técnicos escalados em sala devem auxiliar o colega ao término de suas tarefas, conforme demanda do setor.

3.3 NA SALA DE OBSERVAÇÃO E ISOLAMENTO

Sala de Observação (SO) / Isolamento	
Técnico 1: Leitos 1 a 6 + Isolamento 2	
Técnico 2: Leitos 7 a 12 + Isolamento 1	
<p>PACIENTES INTERNADOS (leia-se: todos os que estiverem em sala no momento em que receber o plantão)</p>	<p>Referência de cuidados: L1, L4, L07, L10, I1: Manhã; L2, L5, L12, I2: Tarde; L3, L6, L8, L9, L11: Noite;</p> <ul style="list-style-type: none"> # Verificar e registrar SV a cada 6h (conforme POP). Sempre que estiverem alterados, comunicar ao Enfermeiro e rever em até 1h; # Avaliar e registrar aspectos iniciais do paciente; # Garantir a segurança e o conforto do paciente; # Ofertar dieta conforme orientação médica e auxiliar paciente conforme necessidade; # Ofertar banho nos pacientes que permanecem por mais de 24h na sala, conforme distribuição acima e registrar o procedimento; # Realizar troca de fraldas, higiene perineal e higiene oral, NO MÍNIMO, 1 vez ao turno; # Realizar Vigilância de Processos em TODOS os pacientes; # Acordar e explicar ao paciente ou seu acompanhante todos os procedimentos e medicações realizados; # Registrar, assinar e carimbar alterações e cuidados realizados em formulário de Registro de Cuidados; # Realizar e registrar, em formulário de Registro de Cuidados, as mudanças de decúbito, bem como as demais medidas de prevenção de Lesão por Pressão (LPP); # Realizar e registrar medidas de prevenção de quedas, conforme orientação do enfermeiro. Observar fatores de risco e comunicar imediatamente o Enfermeiro; # Encaminhar pacientes para o RX quando solicitado; # Preparar paciente para ser transportado quando da disponibilidade de leito hospitalar; # Aprazar a PM, que são válidas por 24h e iniciam às 14h; # Os estornos dos medicamentos devem ser realizados pelo Técnico de

	<p>Enfermagem ao final de cada turno;</p> <ul style="list-style-type: none"> # A retirada da PM deve ser realizada pelo Técnico de Enfermagem da tarde, antes das 14h; # SEMPRE conferir pulseira de identificação e alergias antes de realizar procedimentos e medicações (conforme POP); # Checar e registrar a administração de medicamentos, conforme POP; # Higienizar mesa de refeição e áreas próximas ao leito, com álcool 70%, 1 vez ao turno e quando necessário ; # Higienizar papagaios, comadres e cubas em uso ao final de cada turno. Não passar esses utensílios em uso em plantão; # Atentar para o uso adequado dos EPIs; # Observar e respeitar as indicações de Precaução;
<p>ADMISSÃO DE PACIENTES (leia-se: todos os que chegam à sala ao longo do plantão)</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Receber o paciente e acompanhante (quando autorizado), acomodá-los no leito; # Pacientes admitidos em Sala de Observação há menos de 30 minutos da troca de plantão devem ser acomodados no leito pela equipe que está saindo. Os demais cuidados deverão ser realizados pela equipe que assume o plantão; # Informar paciente e acompanhante sobre rotinas do serviço e da SO; # Conferir pulseira de identificação, alergia e quedas. Orientar, ao paciente, sobre a necessidade dessas medidas de segurança; # Verificar e registrar os SV, a glicemia e eliminações em formulário próprio, bem como evoluir os dados iniciais do paciente (conforme POP); # Assinar e carimbar TODOS os registros realizados;# Realizar punção venosa; rotular acesso com data, turno e calibre (OBS: a coleta de sangue deve ser realizada, preferencialmente, em punção exclusiva para esse fim); # Administrar medicações prescritas observando rótulos das infusões e equipos; # Aprazar e buscar medicações até a validade da PM (das 14h às 13h59min do dia seguinte); # Encaminhar paciente ao RX quando solicitado; # Comunicar a internação do paciente ao SND;

REFERENTE À SALA	<ul style="list-style-type: none"> # Passar o plantão para a equipe do turno seguinte, pontualmente, às 7h, 13h e 19h, à beira do leito (conforme POP); # Atentar para o uso adequado dos EPIs em TODOS os procedimentos, observar precauções específicas; # Manter o armário de materiais limpo e organizado; # Realizar <i>checklist</i> de sala - Técnico 1; # Realizar higienização da bancada de preparo de medicações, 1 vez ao turno - Técnico 1; # Revisar as caixas de perfuro cortantes, solicitando sua troca à higienização, quando atingir o limite de sua capacidade; # Higienizar bancada do Isolamento, 1 vez ao turno - Técnico 2; # Recolher <i>hampers</i> ao final de cada turno - Técnico 2. Observar o limite de carga deste; # Manter leitos vazios limpos e montados para a admissão do paciente; # Revisar todas as válvulas de ar da sala a cada turno e corrigir o que não estiver adequado; # Não permitir que o acompanhante deite ou sente no leito do paciente; # Horários de troca de acompanhante: 8h; 11h30min; 16h; 20h30min - permitir troca fora desse horário somente com autorização do Enfermeiro; # Lavar e guardar comadres, papagaios, cubas e bacias no Expurgo; # Manter Expurgo limpo e organizado.
<p>Referência: Enfermeiro da SO. Médico responsável: Plantonista da SO; Quando necessário auxílio técnico, solicitar ao Enfermeiro.</p>	

3.4 NA SALA DE OBSERVAÇÃO ANEXO

Sala de Observação Anexo	
PACIENTES INTERNADOS (leia-se: todos os que estiverem em sala no	Referência de cuidados: Poltronas 1 e 4: Manhã; Poltronas 2 e 5: Tarde; Poltronas 3 e 6: Noite; # Verificar e registrar SV a cada 6h (conforme POP). Sempre que estiverem alterados, comunicar ao Enfermeiro e rever em até 1h; # Avaliar e registrar aspectos iniciais do paciente; # Garantir a segurança e o conforto do paciente;

<p>momento em que receber o plantão)</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Ofertar dieta conforme orientação médica e auxiliar paciente conforme necessidade; # Ofertar banho nos pacientes que permanecem por mais de 24h na sala, em condições de banho de aspersão. Conforme distribuição acima e quando necessário; # Realizar troca de fraldas, higiene perineal e higiene oral quando necessário; # Realizar Vigilância de Processos em TODOS os pacientes; # Acordar e explicar ao paciente ou seu acompanhante todos os procedimentos e medicações realizados; # Registrar, assinar e carimbar alterações e cuidados realizados em formulário de Registro de Cuidados; # Realizar e registrar, em formulário de Registro de Cuidados, as mudanças de decúbito, bem como as demais medidas de prevenção de LPP; # Realizar e registrar medidas de prevenção de quedas, conforme orientação do enfermeiro. Observar fatores de risco e comunicar imediatamente o Enfermeiro; # Encaminhar pacientes para o RX quando solicitado; # Preparar paciente para ser transportado quando da disponibilidade de leito hospitalar; # Aprazar a PM, que são válidas por 24h e iniciam às 14h; # Os estornos dos medicamentos devem ser realizados pelo Técnico de Enfermagem ao final de cada turno; # A retirada da PM deve ser realizada pelo Técnico de Enfermagem da tarde, antes das 14h; # SEMPRE conferir pulseira de identificação e alergias antes de realizar procedimentos e medicações (conforme POP); # Checar e registrar a administração de medicamentos (conforme POP); # Higienizar mesa de refeição e áreas próximas ao leito, com álcool 70%, 1 vez ao turno e quando necessário ; # Higienizar papagaios, comadres e cubas em uso ao final de cada turno. Não passar esses utensílios em uso em plantão;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> # Atentar para o uso adequado dos EPIs; # Observar e respeitar as indicações de Precaução;
<p>ADMISSÃO DE PACIENTES (leia-se: todos os que chegam à sala ao longo do plantão)</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Receber o paciente e acompanhante (quando autorizado), acomodá-lo na poltrona; # Pacientes admitidos em Sala de Observação Anexo a menos de 30 minutos da troca de plantão devem ser acomodados nas poltronas pela equipe que está saindo. Os demais cuidados deverão ser realizados pela equipe que assume o plantão; # Informar paciente e acompanhante sobre rotinas do serviço; # Conferir pulseira de identificação, alergia e quedas. Orientar, ao paciente, sobre a necessidade dessas medidas de segurança; # Verificar e registrar os SV, a glicemia e eliminações em formulário próprio, bem como evoluir os dados iniciais do paciente (conforme POP); # Assinar e carimbar TODOS os registros realizados; # Realizar punção venosa; rotular acesso com data, turno e calibre (OBS: a coleta de sangue deve ser realizada, preferencialmente, em punção exclusiva para esse fim); # Administrar medicações prescritas observando rótulos das infusões e equipamentos; # Aprazar e buscar medicações até a validade da PM (das 14h às 13h59min do dia seguinte); # Encaminhar paciente ao RX quando solicitado; # Comunicar a internação do paciente ao SND;
<p>REFERENTE À SALA</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Passar o plantão para a equipe do turno seguinte, pontualmente, às 7h, 13h e 19h, à beira do leito (conforme POP); # Atentar para o uso adequado dos EPIs em TODOS os procedimentos, observar precauções específicas; # Manter o armário de materiais e rouparia limpos e organizados; # Realizar <i>checklist</i> de sala - Técnico 1; # Realizar higienização da bancada de preparo de medicações, 1 vez ao turno; # Revisar as caixas de perfuro cortantes, solicitando sua troca à

	<p>higienização, quando atingir o limite de sua capacidade;</p> <p># Recolher <i>hampers</i> ao final de cada turno e quando necessário.</p> <p># Manter poltronas vazias limpas e montadas para a admissão do paciente (Solicitar higienização da poltrona e substituir o lençol a cada troca de paciente);</p> <p># Não permitir que o acompanhante deite ou sente nas poltronas destinadas aos pacientes, se necessário, solicitar cadeira;</p> <p># Revisar todas as válvulas de ar da sala a cada turno e corrigir o que não estiver adequado;</p> <p># Horários de troca de acompanhante: 8h; 11h30min; 16h; 20h30min - permitir troca fora desse horário somente com autorização do Enfermeiro;</p> <p># Lavar e guardar comadres, papagaios, cubas e bacias no Expurgo;</p> <p># Manter Expurgo limpo e organizado.</p>
<p>Referência: Enfermeiro Volante, na ausência deste, o Enfermeiro da SO; Médico responsável: Plantonista da SO; Quando necessário auxílio técnico, solicitar ao Enfermeiro.</p>	

3.5 NA SALA DE URGÊNCIAS

<p style="text-align: center;">Sala de Urgências</p>	
<p>PACIENTES INTERNADOS (leia-se: todos os que estiverem em sala no momento em que receber o plantão)</p>	<p>Referência de cuidados:</p> <p>L1: Manhã; L2: Tarde; L3: Noite;</p> <p># Deve ser definido pelo Enfermeiro, no início do plantão, o Técnico de Enfermagem responsável por cada paciente;</p> <p># Verificar e registrar SV, no mínimo, a cada 3h (conforme POP). Sempre que estiverem alterados, comunicar ao Enfermeiro e rever em até 1h;</p> <p># Avaliar e registrar aspectos iniciais do paciente;</p> <p># Garantir a segurança e o conforto do paciente;</p> <p># Ofertar dieta de conforme orientação médica e auxiliar o paciente conforme sua necessidade (conforme POP);</p> <p># Ofertar banho aos pacientes que permanecem por mais de 24h na sala, conforme distribuição acima e registrar o procedimento;</p> <p># Realizar troca de fraldas, higiene perineal e higiene oral, no mínimo, 1 vez ao turno, nos pacientes dependentes;</p>

Realizar Vigilância de Processos em TODOS os pacientes;

Explicar ao paciente, todos os procedimentos e medicações realizados;

Registrar, assinar e carimbar alterações e cuidados realizados em formulário de Registro de Cuidados;

Realizar e registrar em formulário de Registro de Cuidados as mudanças de decúbito, de todos os pacientes acamados, de 2 em 2 horas. Bem como demais medidas de prevenção de LPP;

Realizar e registrar medidas de prevenção de quedas, conforme orientação do Enfermeiro. Observar fatores de risco e comunicar, imediatamente, ao Enfermeiro;

Encaminhar pacientes para o RX quando solicitado;

Preparar paciente para ser transportado quando da disponibilidade de leito hospitalar;

Aprazar a PM, que são válidas por 24h e iniciam às 14h;

Os estornos dos medicamentos devem ser realizados pelo Técnico de Enfermagem ao final de cada turno;

A retirada da PM deve ser realizada pelo Técnico de Enfermagem da tarde, antes das 14h;

SEMPRE conferir pulseira de identificação e alergias antes de realizar procedimentos e medicações (conforme POP);

Checar e registrar a administração de medicamentos (conforme POP);

Higienizar mesa de refeição e áreas próximas ao leito com álcool 70%, 1 vez ao turno e quando necessário;

Higienizar papagaios, comadres e cubas em uso ao final de cada turno. Não passar esses utensílios em uso em plantão;

Atentar para o uso adequado dos EPI's;

Observar e respeitar as indicações de Precaução.

Registrar alterações e cuidados realizados em formulário de Registro de Cuidados apropriado;

Realizar balanço hídrico e controle de diurese sempre que prescritos ou solicitados pelo Médico ou Enfermeiro;

<p>ADMISSÃO DE PACIENTES (leia-se: todos os que chegam à sala ao longo do plantão)</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Auxiliar na remoção do paciente (quando trazido por populares, com entrada pela Urgência) ou receber as informações passadas pelo Socorrista junto ao Enfermeiro de plantão (quando trazido por serviço móvel de APH); # Acomodar o paciente no leito, conforme orientação do Enfermeiro; # Verificar e registrar SV e glicemia; # Ofertar O2, conforme orientação do Médico ou Enfermeiro; # Monitorizar o paciente quando solicitado (MCC, PNI e oximetria); # Realizar ECG quando solicitado; # Realizar punção venosa; rotular acesso com data, turno e calibre (OBS: a coleta de sangue deve ser realizada, preferencialmente, em punção exclusiva para esse fim); # Administrar medicações prescritas, observando rótulos das infusões e dos equipamentos; # Registrar dados iniciais do paciente e cuidados realizados em formulário de Registro de Cuidados apropriado; # Encaminhar paciente ao RX quando solicitado; ** Ver POP de Admissão do Paciente na Sala de Urgências;
<p>Referência: Enfermeiro da Sala de Urgências. Médico responsável: Plantonista da Sala de Urgências.</p>	

3.6 TÉCNICO DE ENFERMAGEM VOLANTE

Técnico de Enfermagem Volante	
<p>MANHÃ</p>	<ul style="list-style-type: none"> # Com 5, ou mais, pacientes em Sala de Urgências: receber o plantão e permanecer como 3º Técnico de Enfermagem desta sala; # Com até 4 pacientes na Sala de Urgências: receber o plantão na Sala de Observação; # Auxiliar nos banhos de leito e nas trocas na Sala de Observação e no Isolamento; # Cobrir o intervalo do técnico de enfermagem da Sala de Observação Anexo; # Pode ser redirecionado durante o turno, pelo Enfermeiro, conforme a demanda das salas ou a necessidade do serviço; # Realizar o transporte de pacientes, conforme demanda;

TARDE	<ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão na Sala de Urgências (conforme POP); # Com 5, ou mais, pacientes em Sala de Urgências: permanecer como 3º Técnico de Enfermagem desta sala; # Com até 4 pacientes: deve verificar para onde dirigir-se com o Enfermeiro da Sala de Urgências; # Auxiliar na Sala de Medicação, conforme orientação do Enfermeiro; # Cobrir os intervalos dos Técnicos de Enfermagem conforme necessidade do serviço e/ou orientação do Enfermeiro; # Pode ser redirecionado durante o turno, pelo Enfermeiro, conforme a demanda das salas ou a necessidade do serviço; # Realizar o transporte de pacientes, conforme demanda;
NOITE	<ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão, conforme POP, em Sala de Urgências; # Com 5, ou mais, pacientes em Sala de Urgências: permanecer como 3º Técnico de Enfermagem desta sala; # Com até 4 pacientes: deve verificar para onde dirigir-se com o Enfermeiro da Sala de Urgências; # Auxiliar na Sala de Medicação, conforme orientação do Enfermeiro; # Auxiliar na cobertura dos intervalos, conforme escala; # Pode ser redirecionado durante o turno, pelo Enfermeiro, conforme a demanda das salas ou a necessidade do serviço; # Realizar o transporte de pacientes, conforme demanda;
Referência: Enfermeiro Sala de Urgências.	

3.7 TÉCNICO DE ENFERMAGEM INTERMEDIÁRIO

Técnico de Enfermagem Intermediário	
NOTURNO	<ul style="list-style-type: none"> # Receber plantão na Sala de Medicação (conforme POP); # Auxiliar na Sala de Medicação, sem assumir escala de pacientes; # Pode ser redirecionado durante o turno, pelo Enfermeiro, conforme a demanda das salas ou a necessidade do serviço; # Realizar o transporte de pacientes conforme demanda; # Auxiliar na cobertura dos intervalos, conforme a escala.
Horário do Técnico de Enfermagem Intermediário: de Terça a Sexta-feira das 19h às 01h. Referência: Enfermeiro da Sala de Urgências.	

4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

CECÍLIA BIASIBETTI SOSTER
ALLANT SILVA KLEIN
ANA PAULA DE LIMA
CAROLINA LUIZA SCHROEDER
DAIANE MACHADO PACHECO
DENISE CATARINA VOLKART
EVA JULIA VIEIRA OLIVEIRA
ISABEL CRISTINA BASTOS DA SILVA
LUCIANE OLTRAMARI
LUIZ FERNANDO DANTAS PIRES
MERI ELEN DORNELES JULIANOTTE
DIANI OLIVEIRA MACHADO
ROBERTA FRANZ DE ALMEIDA
ROSAURA BORDINHÃO
CHRISTA SCHMIEDT

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) são instruções detalhadas descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica (BARBOSA, *et al.* 2011), ou seja, um roteiro padronizado sobre as operações de processo (PEIXOTO,*et al.*, 2015). Consiste em um recurso gerencial que pode ser utilizado para qualificação da assistência e padronização das intervenções de enfermagem.

Para Sales *et al.* (2018), deve ser construído junto com a sua equipe, considerando a realidade do serviço e estimulando-se o alcance de melhorias em suas atividades. É uma ferramenta que possibilita a avaliação da qualidade da assistência e a segurança do paciente, conforme citação:

“Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda,

contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente.”

4.1 ASSISTÊNCIA SEGURA

4.1.1 POP Identificação dos Pacientes

Tarefa: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES	Número: 21/2019
	Data: 09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem	
Conceito: Padronizar a identificação de todos os pacientes da instituição, com a colocação de pulseira (identificadora branca), que contenha no mínimo: nome do paciente, registro e data de nascimento. Preferencialmente, colocada no membro superior direito, a pulseira é impressa na Classificação de Risco ou nas áreas assistenciais (BRASIL, 2018).	
Justificativa: Para garantir a segurança na identificação do paciente, bem como a padronização desse processo dentro da UPA MS.	
Local: Áreas assistenciais da UPA MS.	
Material necessário: Pulseira identificadora fornecida no sistema informatizado GHC.	
Descrição das Atividades, segundo BRASIL, 2018: <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos; - Explicar o procedimento ao paciente/familiar; - Providenciar a pulseira identificadora na Classificação de Risco ou na Sala de Urgências e colocar, preferencialmente, no punho direito do paciente; - Avaliar o risco alérgico do paciente assim que o paciente receba o primeiro atendimento da 	

equipe de saúde;

- Acrescentar imediatamente a pulseira vermelha caso o paciente/familiar relate algum tipo de alergia, identificando nesta, qual o fator alergênico. Nesse caso, o paciente ficará com duas pulseiras (uma branca e uma vermelha);
- Higienizar as mãos;
- Anotar a atividade realizada na folha de Registro de Cuidados (prontuário paciente);
- Retirar a pulseira na alta do paciente.

Observações, segundo BRASIL, 2018:

- A identificação de alergias deve ser realizada em qualquer local da UPA, por qualquer profissional que receba a informação;
- O paciente deverá permanecer sempre identificado;
- Caso não seja possível colocar a pulseira no punho direito, escolher o punho esquerdo e, em último caso, os membros inferiores;
- Revisar as condições da pulseira diariamente, proceder a substituição sempre que apresentar sujidade e/ou estiver danificada;
- Manter o paciente e/ou familiar informado quanto à importância da identificação;
- A identificação de paciente deverá ser conferida por toda equipe multidisciplinar que presta assistência na realização de todos os procedimentos;
- Cada setor deverá manter, no estoque da unidade, as pulseiras simples de identificação (branca e vermelha).

Resultado Esperado:

- Proporcionar a identificação correta do paciente e maior segurança no atendimento;
- Minimizar o risco de iatrogenias na UPA MS.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e treinamento de 100% da equipe de enfermagem;
- Capacitações periódicas para a equipe;
- Acompanhamentos das notificações na Rede Sentinela;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Comissão de Gerenciamento de Risco Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Identificação do paciente**. POP. Disponível em:
<http://172.16.253.34:81/PROT/EnfHNSC/files/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Pacientes%20rev%2003-18.pdf>. Acesso em 1 abr. 2019.

Elaborado por Cecília Biasibetti Soster.

4.1.2 POP Higienização das Mãos

POP publicado pelo SCIH, transcrito para este manual.

Tarefa: TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Número: 79
	Data: 03/2015
	Revisão: 04/2017
Responsável: Equipe assistencial.	
Conceito: É um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos. O termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica*.	
Local: Unidades assistenciais.	
Registro da Tarefa: O registro da tarefa concretiza-se com a própria adesão e técnica de higienização de mãos.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Pia de higienização de mãos;- Sabonete líquido;- Clorexidina degermante 2%;- Solução alcoólica (gel, spray ou espuma);- Papel toalha;- Lixeira com tampa e pedal.	
Descrição das Atividades: <u>Higienização simples das mãos:</u> <ul style="list-style-type: none">- Abrir a torneira e molhar as mãos;- Aplicar, na palma da mão, uma quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;- Esfregar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda,	

fazendo um movimento circular e vice-versa;

- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando um movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato das mãos com a torneira e/ou pia;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.
- Fechar a torneira com papel toalha em caso de fechamento manual.

Higienização antisséptica das mãos:

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido por um antisséptico degermante (Clorexidine degermante 2%).

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

- Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão, em forma de concha, para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com um movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de um movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Friccionar os punhos com movimentos circulares;
- Deixar secar naturalmente, não utilizar papel toalha.

Observações:

- Seguir os 5 momentos para higienização de mãos:
 1. Antes de tocar o paciente;
 2. Antes de realizar procedimentos limpos/assépticos;
 3. Após o risco de exposição a fluidos corporais;
 4. Após tocar o paciente;
 5. Após tocar superfícies próximas ao paciente;
- O uso de luvas não substitui a higienização de mãos;

- Higienizar as mãos antes de colocar as luvas, após a sua retirada e entre as trocas das luvas;
 - Trocar as luvas e higienizar as mãos entre um paciente e outro;
 - Trocar as luvas e higienizar as mãos ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo;
 - Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais quando estiver com luvas;
 - Durante o turno de trabalho, é necessário retirar os adornos antes da higienização de mãos: alianças, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, broches e piercings expostos. Essa recomendação estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas;
 - As unhas devem ser curtas e sem esmalte. Não usar unhas postiças.
- * Antissepsia cirúrgica não será abordada neste POP.

Resultado esperado:

- Prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS);
- Promover a segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Ações Corretivas:

Capacitação da equipe e revisão sistemática do POP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde; NR 32**. Brasília, DF, Ministério do Trabalho, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Controle de Infecção Hospitalar. **Higienização de mãos**. Porto Alegre, GHC, 2015. Norma Técnica.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR, Recommendations and Records, Atlanta**, v. 51, n. RR-16, p. 1-45, out. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care**. Geneve: WHO Press, 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 20 jul. 2018.

Elaborado por: Rosaura Bordinhão e Roberta Frantz de Almeida.

4.1.3 POP Montagem do Leito

Tarefa: MONTAGEM DO LEITO	Número: 22/2019
	Data: 03/2019
	Revisão Prevista: 03/2021
Responsável: Técnico de Enfermagem.	
Conceito: Consiste no preparo do leito para receber o paciente.	
Justificativa: O trabalho em equipe é fundamental na admissão do paciente, pois muitas são as intervenções que precisarão ser realizadas, praticamente, ao mesmo tempo. Por essa razão, o leito deve estar sempre preparado para admissão, para que a equipe multidisciplinar atue de forma sincronizada e efetiva na assistência do paciente.	
Local: Sala de Observação, Isolamentos e Sala de Urgências.	
Material necessário, segundo UFSC (2017): <ul style="list-style-type: none">- 02 lençóis;- Lençol móvel (S/N);- Impermeável (S/N);- Fronha;- Travesseiro;- Escadinha;- Suporte de soro;- Mesa de alimentação;- Material para montagem de rede de oxigênio (fluxômetro, umidificador, extensor de oxigênio, cateter de oxigênio);- Material para montagem de rede aspiração (válvula de aspiração, frasco de vidro, extensor de aspiração, sonda de aspiração); <u><i>Exclusivo para Sala de Urgências:</i></u> <ul style="list-style-type: none">- Monitor multiparâmetros completo;- Eletrodos;- Ventilador mecânico testado;- Kit com traqueias, filtro e linhas de fluxo.	

Descrição das Atividades, segundo UFSC (2017):

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Certificar-se de que o leito foi devidamente higienizado;
- Estender o lençol, prendendo com nós sob o colchão;
- Estender o impermeável no centro do leito, prendendo-o sob o colchão (S/N);
- Estender o lençol móvel sobre o impermeável, prendendo-o sob o colchão (S/N);
- Colocar o sobre lençol dobrado sobre o leito;
- Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cama;
- Certificar-se de que o monitor multiparâmetros e o respirador foram higienizados, efetuando a desinfecção destes quando necessário;
- Deixar os cabos do monitor organizados na cabeceira do leito e o kit de traqueias, filtro e linhas de fluxo junto ao respirador;
- Montar terminal de oxigênio com fluxômetro, umidificador, extensor de oxigênio, óculos nasal;
- Montar terminal de aspiração com válvula de aspiração, frasco de vidro, extensor de aspiração e sonda de aspiração;
- Embalar os materiais de aspiração e oxigênio em sacos plásticos e prendê-los próximo às saídas de ar;
- Deixar o leito organizado com cama em decúbito horizontal e mesa de cabeceira posicionada.

Observações:

- Sempre verificar se todos os aparelhos estão conectados à rede elétrica, para comprovar funcionamento de todos e recarregar as respectivas baterias internas;
- Datar umidificadores e frascos de aspiração;
- O leito deve ser preparado, imediatamente após liberado, pelo serviço de higienização, independentemente da vinda de outro paciente;
- Comunicar qualquer intercorrência ao enfermeiro, como falta de materiais, equipamentos danificados ou a falta destes.

Resultado Esperado:

Proporcionar repouso, conforto e segurança ao paciente.

Proporcionar uma recepção ágil e organizada, favorecendo o fluxo de pacientes na UPA.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e treinamento de 100% da equipe de enfermagem;
- Capacitações periódicas para a equipe;
- Acompanhamentos das notificações na Rede Sentinela;

- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Preparo do leito.** [Florianópolis: UFSD], 2017. POP. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=222> Acesso em: 1 abr.2019.

Elaborado por: GT de Sistematização da Assistência de Enfermagem UPA.

4.1.4 Passagem de Plantão em Unidades Assistenciais

Tarefa: PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADES ASSISTENCIAIS DA UPA	Número: 03/2018
	Data: 13/04/2018
	Revisão Prevista: 04/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: A passagem de plantão é o momento em que as equipes de enfermagem de turnos opostos reúnem-se para explanar sobre estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção, possibilitando a continuidade dos cuidados terapêuticos de forma segura e efetiva para pacientes e profissionais.	
Justificativa: As falhas de comunicação constituem-se em um importante viés em Serviços de Emergência, sendo a principal responsável pela insatisfação da equipe assistencial, pacientes e familiares (MACQUEEN, <i>et al.</i> , 2016). A passagem de plantão é o principal elo entre as equipes, sendo a ferramenta mais importante para garantia de uma assistência contínua, segura e efetiva. É colocada, ainda, como fator determinante para uma assistência de enfermagem segura para pacientes e profissionais (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014).	
Local: Sala de Observação, Sala de Observação Anexo, Isolamento, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material necessário: Planilha do enfermeiro, planilha do técnico e caneta.	
Descrição das Atividades: - Realizar a passagem de passagem de plantão, de forma clara, sucinta, completa e objetiva, evitando os excessos e as repetições e observando postura ética e respeitosa; - Os profissionais devem posicionar-se à beira do leito. O técnico de enfermagem inicia a passagem, abordando as seguintes informações: 1. Nome/leito;	

2. Data e motivo da internação;
3. Alterações dos sinais vitais;
4. Alterações do estado clínico do paciente e intercorrências (estado neurológico, ventilatório, hemodinâmico, nutricional e eliminações);
5. Alterações de medicações;
6. Presença de curativos/sondas/cateteres/etc.;
7. Informações sobre procedimentos realizados (banhos, trocas, mobilizações);
8. Preparo de exames/transportes/procedimentos;

- O enfermeiro deve acompanhar com atenção e complementar, simultaneamente, as informações relatadas pelo técnico de enfermagem;
- Após conclusão da passagem de plantão referente aos pacientes, devem ser passadas as informações referentes às escalas de serviço, pendências, materiais, etc.;
- Ao final, são passados, entre os enfermeiros, os relatos de pendências assistenciais, administrativas e específicas da assistência de enfermagem e do serviço, bem como os pacientes em avaliação externa.

Observações:

- A passagem de plantão ocorre nas trocas entre os turnos e deve ocorrer entre os horários a seguir:
 - Noite – Manhã: 07h às 07h10min;
 - Manhã – Tarde: 13h às 13h10min;
 - Tarde – Noite: 19h às 19h10min;
- Toda a equipe de enfermagem deverá apresentar-se para a passagem de plantão pontualmente e uniformizada;
- A pontualidade e a objetividade são fatores importantes na passagem de plantão, pois garantem que ela ocorra no tempo preconizado pela instituição;
- O Enfermeiro do turno vigente coordena a passagem de plantão, na ausência deste, o responsável será o Enfermeiro do turno subsequente;
- Na impossibilidade da participação na passagem de plantão de toda a equipe de enfermagem, por motivo de intercorrência, um profissional da equipe que está saindo deve realizar a passagem e, após, os profissionais da equipe que recebe o plantão devem assumir o manejo da intercorrência de forma organizada;
- À medida que os Técnicos de Enfermagem encerram sua passagem de plantão, estes poderão retirar-se do local, silenciosamente, para registrar seu ponto;
- Na passagem de plantão, deverão ser observadas conduta ética e nomenclatura técnica;
- A escala de pacientes dos funcionários deverá ter uma rotatividade semanal para que haja rotatividade do funcionário que inicia e/ou encerra a passagem de plantão, essa organização ficará a critério de cada unidade assistencial;
- O profissional que exceder o tempo de passagem de plantão deverá solicitar, ao enfermeiro do plantão, o abono desses minutos pela planilha de Banco de Horas.

<p>Resultado Esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obter uma comunicação clara, objetiva e efetiva entre as equipes de enfermagem; - Fornecer informações escritas e verbais necessárias para assegurar a continuidade da assistência e a segurança do paciente; - Manter um relacionamento harmônico entre as equipes de enfermagem;
<p>Ações Corretivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem; - Treinamentos periódicos com as equipes; - Revisão periódica bianual do POP.
<p>Referências:</p> <p>FONSECA, Ariadne S; PETERLINI, Fabio L; COSTA, Daniela K. Segurança do paciente. São Paulo: Martinari, 2014.</p> <p>MACQUEEN, Suzy <i>et al.</i> A resource for teaching emergency care communication. Clinical Teacher, Oxford, v. 13, n. 3, p.192-196, jun. 2016. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26183768. Acesso em: 9 abr. 2018</p>

Elaborado por: Cecília Biasibetti Soster e Eva Julia de Oliveira.

4.1.5 Passagem de Plantão em Unidades de Apoio

<p>Tarefa:</p> <p>PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADES DE APOIO DA UPA</p>	Número: 04/2018
	Data: 04/06/2018
	Revisão: 06/2020
<p>Responsável:</p> <p>Equipe de Enfermagem.</p>	
<p>Conceito:</p> <p>A passagem de plantão em unidades de apoio é o momento em que as equipes de enfermagem de turnos opostos reúnem-se para explanar sobre assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade que merecem atenção, possibilitando a continuidade do trabalho, de forma segura e efetiva, para pacientes e profissionais.</p> <p>As unidades de apoio são aquelas que, apesar de não haver a permanência dos pacientes, são fundamentais para a efetividade do serviço.</p>	
<p>Justificativa:</p> <p>As falhas de comunicação constituem-se em um importante viés em Serviços de Emergência, sendo a principal responsável pela insatisfação da equipe assistencial, pacientes e familiares (MACQUEEN, et al., 2016). A passagem de plantão é o principal elo entre as equipes, sendo a ferramenta mais importante para garantia de uma assistência contínua, segura e efetiva. É colocada, ainda, como fator determinante para uma assistência de enfermagem segura para pacientes e profissionais (FONSECA, PETERLINI, COSTA,</p>	

2014).

Local:

Fluxo, Sala Cirúrgica, Sala de Desinfecção de Materiais e Sala de Coleta.

Material necessário:

Planilha do Técnico de Enfermagem e caneta.

Descrição das Atividades:

- Realizar a passagem de plantão *in loco*, de forma clara, sucinta, completa e objetiva, evitando os excessos e as repetições e observando postura ética e respeitosa.
- Devem-se abordar os seguintes pontos:
 1. Descrição sucinta do realizado durante o turno;
 2. Pendências ou empréstimos; anotar em formulário apropriado (equipamentos em manutenção, danificados ou fora do setor);
 3. Alterações no local de armazenamento de cada equipamento ou nos processos;
 4. Irregularidades encontradas que necessitam de atenção (atentar para posicionamento informativo, não repreensivo);
 5. Atividades a serem realizadas que não foram concluídas no turno;
 6. Demais pontos de relevância;
- O enfermeiro de referência deve ser informado das alterações encontradas e sobre intercorrências na passagem de plantão. Cabe a esse profissional apurar e resolver tais intercorrências, quando o técnico de enfermagem não conseguir.

Observações:

- A passagem de plantão ocorre nas trocas entre os turnos e deve ocorrer entre os horários a seguir:

Noite – Manhã: 07h às 7h10min;
Manhã – Tarde: 13h às 13h10min;
Tarde – Noite: 19h às 19h10min;
- Toda a equipe de enfermagem deverá apresentar-se para a passagem de plantão pontualmente e uniformizada;
- A pontualidade e a objetividade são fatores importantes na passagem de plantão, pois garantem que ela ocorra no tempo preconizado pela instituição;
- Na impossibilidade da realização da passagem de plantão por motivo de intercorrência ou atraso do técnico de enfermagem escalado para assumir o setor, o enfermeiro do turno que recebe o plantão deve ser informado e deve indicar um profissional de sua equipe para receber o plantão. Nenhum profissional deve deixar o seu setor sem passar a sua responsabilidade a outro profissional antes de realizar a troca;
- À medida que os técnicos de enfermagem encerram sua passagem de plantão, estes poderão retirar-se do local, silenciosamente, para registrar seu ponto;
- Na passagem de plantão, deverão ser observadas conduta ética e nomenclatura técnica;

- O profissional que exceder o tempo de passagem de plantão deverá solicitar, ao enfermeiro do plantão, o abono desses minutos pela planilha de Banco de Horas.

Resultado Esperado:

- Obter uma comunicação clara, objetiva e efetiva entre as equipes de enfermagem;
- Fornecer informações escritas e verbais necessárias para assegurar a continuidade da assistência e a segurança do paciente;
- Manter um relacionamento harmônico entre as equipes de enfermagem;
- Prezar pela conservação dos espaços e equipamentos do serviço.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

FONSECA, Ariadne S.; PETERLINI, Fabio L.; COSTA, Daniela K. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

MACQUEEN, Susy *et al.* A resource for teaching emergency care communication. **Clinical Teacher**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 192-196. jun. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26183768>. Acesso em: 9 abr. 2018.

Elaborado por: GT Sistematização da Assistência de Enfermagem UPA.

4.1.6 POP Admissão de Pacientes em Sala de Urgências

Tarefa: ADMISSÃO DE PACIENTES NA SALA DE URGÊNCIAS	Número: 11/2018
	Data: 04/06/2018
	Revisão prevista: 06/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: A UPA Moacyr Scliar está inserida na rede municipal de atenção às urgências como um serviço de atenção pré-hospitalar fixo, de nível 3, devido a sua estrutura e sua capacidade de atendimento. Possui atendimento ininterrupto, com capacidade para atender as necessidades emergenciais da população (BRASIL, 2004). A Sala de Urgências possui quatro leitos equipados com monitor multiparâmetros, um deles reservado para reanimação (denominado leito de parada). A equipe para atendimento, nesta sala, é composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem. A sala é destinada ao atendimento de pacientes com risco classificado como muito urgente (laranja) e emergente (vermelho), segundo Mackway-Jones, Marsden e Windle (2017).	

Justificativa:

Diante da rotatividade e da gravidade do estado de saúde dos pacientes admitidos na Sala de Urgências, justifica-se a necessidade da criação do POP a fim de contribuir para um atendimento eficaz e seguro (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Local:

Sala de Urgências da UPA MS.

Material necessário:

EPIs, monitor multiparâmetros, glicosímetro, maca ou cadeira, caneta, formulário de Registro de Cuidados.

Descrição das Atividades:*Paciente com CR Laranja (Muito Urgente), encaminhado do Fluxo:*

- Receber as informações passadas pelo Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro que encaminhou o paciente;
- Higienizar as mãos, calçar as luvas e demais EPI's;
- Deitar paciente em maca, se necessário, e instalar monitorização multiparâmetros;
- Comunicar enfermeiro e/ou médico da sala;
- Ofertar O2 de acordo com a necessidade do paciente, conforme orientação do médico ou enfermeiro;
- Registrar sinais vitais e dados iniciais do paciente;
- Providenciar acesso venoso.

Paciente vindo com Serviço Móvel – SAMU, ECOSALVA, AMBULARE, etc.:

- Chamar Enfermeiro responsável, caso este não esteja no local;
- Acompanhar passagem do caso pelo socorrista;
- Aguardar CR do paciente. Se a CR for Laranja:
 - Higienizar as mãos, calçar as luvas e demais EPI's;
 - Deitar paciente em maca, se necessário, e instalar monitorização multiparâmetros;
 - Ofertar O2 de acordo com a necessidade do paciente, conforme orientação do médico ou enfermeiro da sala.
 - Registrar sinais vitais e dados iniciais do paciente.
 - Providenciar acesso venoso.

Paciente trazido por populares, com entrada pela Sala de Urgências:

- Chamar Enfermeiro responsável (ou solicitar que alguém o faça), caso este não esteja no local;
- Calçar luvas e demais EPI's e dirigir-se ao veículo para identificar a situação do paciente;
- Retirar o paciente do veículo com atenção às medidas de segurança do paciente e do profissional;
- Acomodar paciente em maca ou cadeira, conforme necessidade observada;
- Aguardar CR do paciente. Se a CR for Laranja ou Vermelho:
 - Instalar monitorização multiparâmetros.
 - Retirar próteses, joias e demais pertences, entregá-los ao familiar ou identificá-los e guardar (ver POP de Guarda de Pertences).
 - Ofertar O2 de acordo com a necessidade do paciente, conforme orientação do médico ou enfermeiro da sala.
 - Registrar dados iniciais do paciente.
- Se CR for amarelo ou verde: Encaminhar paciente para área dos consultórios. Passar o caso para o Enfermeiro da CR.
- Ao término da admissão, recolher os materiais e descartá-los de forma apropriada, organizar o ambiente, higienizar as mãos.

Observações, conforme Soster e Oliveira (2018):

- Os pertences retirados (roupas e acessórios) devem ser acondicionados em sacos, identificados com nome do paciente, registro e data. Os pertences devem ser entregues ao acompanhante ou, na impossibilidade disso, comunicar ao enfermeiro e armazená-los em local próprio.
- NENHUM paciente deve permanecer com equipamentos eletrônicos ou pertences de valor durante a permanência em Sala de Urgências. Esses pertences devem ser entregues imediatamente ao acompanhante ou devem ser encaminhados ao setor administrativo para guarda.

Resultado Esperado:

- Alcançar um atendimento de excelência, suprimindo plenamente as necessidades do paciente, dentro dos tempos preconizados pelo Protocolo de Manchester;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe assistencial.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Divulgação do POP e capacitação da equipe médica que atua em Sala de Urgências;
- Treinamentos periódicos com as equipes, envolvendo simulações;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed.

Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.

FONSECA, Ariadne S.; PETERLINI, Fabio L.; COSTA, Daniela K. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2 ed. Belo Horizonte : Folium, 2017.

SOSTER, Cecilia B.; OLIVEIRA, Eva J. **Passagem de Plantão em Unidades Assistenciais da UPA**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018. POP.

Elaborado por: Cecília Biasibetti Soster.

4.1.7 POP Admissão de Pacientes em Sala de Observação e Anexo

Tarefa: ADMISSÃO DE PACIENTES EM SALA DE OBSERVAÇÃO E ANEXO	Número: 21/2019
	Data: 02/04/2019
	Revisão prevista: 04/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: É a entrada e permanência do paciente na sala, por determinado período, enquanto aguarda transferência ou alta. Tem, por objetivo, facilitar a adaptação do paciente ao ambiente e proporcionar conforto e segurança (BRASIL, 2004).	
Justificativa: Diante da rotatividade e do estado de saúde dos pacientes admitidos nas Salas de Observação Adulto e Pediátrica, justifica-se a necessidade da criação do POP para contribuir para um atendimento eficaz e seguro.	
Local: Sala de Observação e Sala de Observação Anexo.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Verificar antes da chegada do paciente ao leito/poltrona: condições de higienização e manutenção, do leito/poltrona, equipamentos básicos para os primeiros cuidados;- Verificar se a montagem da cabeceira do leito está completa (material de aspiração, kit de oxigênio, cateter ou óculos nasal, umidificador de oxigênio, extensor de oxigênio (verde), frasco de aspiração, extensor de aspiração (transparente), cateter de aspiração);- Luvas de procedimento;- Formulário de Registro de Cuidados;- Prescrição médica;- Placa de identificação;	

- Pulseira de identificação.
<p>Descrição das Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos; - Conferir a identificação do paciente e acompanhá-lo até o leito/poltrona, já preparado; - Apresentar-se ao paciente e/ou responsável; - Orientar sobre as normas e as rotinas da unidade (horário de visita e repouso); - Orientar, ao paciente, sobre a localização das instalações sanitárias, o horário das refeições e o nome do Médico e do Enfermeiro de plantão; - Verificar sinais vitais e registrá-los no prontuário, bem como o registro inicial do paciente; - Providenciar a placa de identificação no leito, junto ao Enfermeiro ou Secretário.
<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Checar, na prescrição, toda a medicação que foi administrada e os cuidados prestados; - Realizar as anotações de enfermagem no formulário de registros de cuidados; - Verificar roupas e pertences do paciente, entregando-os à família ou encaminhando esses objetos para sua guarda, conforme rotina; - Atentar para sinais vitais alterados e comunicá-los ao Enfermeiro; - Auxiliar na acomodação do paciente; - Observar sinais de alteração de sensório e/ou gravidade e comunicá-los ao Enfermeiro;
<p>Resultado esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a adaptação do paciente à unidade; - Proporcionar conforto e segurança, enquanto o paciente aguarda leito hospitalar pelo sistema de regulação de leitos; - Prestar uma assistência de enfermagem eficaz e segura.
<p>Ações Corretivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem; - Divulgação do POP e capacitação da equipe médica que atua nas Salas de Observação e Anexo; - Treinamentos periódicos com as equipes, envolvendo simulações; - Revisão periódica bianual do POP.
<p>Referências:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: humaniza SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.</p>

Desenvolvido por: GT Sistematização da Assistência de Enfermagem UPA.

4.1.8 POP Cuidados para Prevenção de Lesão por Pressão

POP publicado pelo Grupo de Pele do HNSC, transcrito para este manual.

Tarefa: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LP)	Número: 48
	Data: 03/2013
	Revisão: 08/2018
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: É a implantação de ações visando evitar e minimizar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão.	
Local: Unidades Assistenciais	
Registro da Tarefa: Prontuário do paciente; Prontuário eletrônico (consultoria de curativos, evolução e prescrição de enfermagem);	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Luvas de procedimento;- Utensílios de higiene corporal;- Curativos/coberturas de prevenção (espuma, hidrocoloide placa, curativo transparente);- Almofadas, travesseiros, coxins;- Colchão piramidal ou pneumático;- Lençóis;- Fraldas descartáveis;- Creme Lanette com ureia 2% e AGE (conforme prescrição de enfermagem).	
Descrição das Atividades: <u>Prática clínica no cuidado ao paciente:</u> <ul style="list-style-type: none">- Higienizar as mãos antes e após o contato com o paciente;- Calçar luvas de procedimento;- Higiene corporal diária: realizar a higiene com água e sabão neutro, evitando a fricção em proeminências ósseas. Hidratar a pele do paciente com creme Lanette com uréia 2%, sem esfregar;- Troca de fraldas: realizar a higiene íntima do paciente sempre que as fraldas estiverem sujas, secar bem a pele e aplicar óxido de zinco ao final da higiene; <u>Reposicionamento do paciente no leito:</u> <ul style="list-style-type: none">- Alternar o decúbito: lado direito, costas, lado esquerdo, preferencialmente, a cada duas horas, conforme o relógio de mudança de decúbito (anexo 1) e de acordo com a tolerância e	

o quadro clínico do paciente.

- Decúbito lateral: posicionar o paciente lateralizado em 30°, utilizar coxins, travesseiros ou cobertores no dorso do paciente (apoiar as costas com alívio da região sacral) e entre seus joelhos.
- Decúbito dorsal: posicionar o paciente com a cabeceira da cama elevada em 30° e os joelhos em flexão de 30°. Elevar, completamente, os calcanhares, de forma a redistribuir o peso da perna ao longo da panturrilha, sem colocar toda a pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve estar levemente em flexão e apoiado.
- Posição sentado: manter o paciente por tempo máximo de 2 horas, conforme o risco de desenvolvimento de LP. Apoiar os calcâneos, mantendo o alinhamento de 90° no quadril, nos joelhos e nos pés. Na poltrona, posicionar o paciente com os membros inferiores elevados e os calcâneos suspensos.

Coberturas/curativos para prevenção de LP:

- Instalar hidrocoloide placa ou filme transparente em proeminências ósseas que estiverem em maior risco para o desenvolvimento de LP, de acordo com o quadro clínico do paciente (p. ex. região sacral, trocantérica, calcâneos). Aplicar a cobertura de prevenção de modo que exceda a área de risco (proeminência óssea).
- Instalar espuma de prevenção de LP em região sacral, em paciente com risco para o desenvolvimento de LP, de acordo com seu quadro clínico, e internado em unidade de internação para pacientes com acidente vascular cerebral, em sala vermelha da emergência e em UTI. Aplicar o curativo de modo que exceda a área de risco (proeminência óssea).
- Substituir a cobertura sempre que danificada, mal posicionada ou com excesso de umidade.

Observações:

- O protocolo de Prevenção de Lesões por Pressão está disponível no Repositório GHC > Comissão de Pele > Protocolo e descreve detalhadamente as medidas preventivas.

Medidas gerais

- Manter a pele do paciente limpa e seca;
- Instalar colchão piramidal para pacientes em risco de desenvolvimento de LP internados no Serviço de Emergência e Unidades de Internação;
- Instalar colchão de ar em pacientes com risco moderado a muito elevado internados em UTI;
- Manter lençóis esticados e observar a presença de restos de alimentos e corpos estranhos (ex: tampa de agulha);
- Posicionar o paciente de modo a não limitar sua mobilidade. Certifique-se de que tudo o que ele precisa está ao seu alcance;
- Utilizar um lençol móvel para reposicionar os pacientes dependentes. Para minimizar os danos de fricção, ao reposicionar o paciente, não arrastá-lo no leito;
- Em caso de pacientes com LPP, evitar posicionar o paciente sobre a lesão;
- Posicionar o paciente sem contato direto com dispositivos médicos (cateter nasoenteral, cateter vesical de longa permanência, dispositivos de monitorização cardíaca, contenção mecânica, etc.);

- Orientar, aos pacientes e familiares, sobre as medidas de prevenção de LPP.
Resultado Esperado: - Avaliar o risco de LPP; - Prever e instituir medidas de prevenção aos pacientes em risco de desenvolverem LPP; - Registrar todas as avaliações de risco.
Ações Corretivas: - Capacitação da equipe e revisão sistemática do POP.
Referências: GILLESPIE, B. M. <i>et al.</i> Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews , n. 4, 2014. MOORE, Z.; WEBSTER, J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews . n. 8, 2013. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL ; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline . Perth: Cambridge: Media, 2014. TRAN J. P. <i>et al.</i> Prevention of pressure ulcers in the acute care setting: new innovations and technologies. Plastic and Reconstructive Surgery , Baltimore, v. 138, p. 232S-240S. sept. 2016. Supplement. SANTAMARIA, N, <i>et al.</i> Randomised controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. International Wound Journal , Oxford, v. 12, n. 3, p. 302-308, 2015. GEFEN, A. ; KOTTNER, J. ; SANTAMARIA, N. Clinical and biomechanical perspectives on pressure injury prevention research: the case of prophylactic dressings. Clinical Biomechanics , Oxford, v. 38, p. 29-34. oct. 2016.

Elaboração: Diani de Oliveira Machado.

Colaboração: Acad. De Enf. Bárbara Uuritz.

Revisão pela coordenação do grupo de lesão de pele: Anaeli Brandelli Peruzzo.

4.1.9 POP Cuidados com Pacientes com Risco de Queda Elevado

Tarefa: MEDIDAS PARA PACIENTES COM RISCO DE QUEDA ELEVADO	Número: 12/2018
	Data: 25/09/2018
	Revisão: 09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: Conceitua-se como queda qualquer deslocamento não intencional do corpo para um nível	

inferior em relação à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando em danos, ou não, à saúde do paciente (BRASIL, 2013).

Risco de queda elevado é a nomenclatura atribuída aos pacientes que atingem uma pontuação igual ou superior a 45 na escala de Morse. Essa avaliação é realizada pelo enfermeiro, na admissão do paciente, devendo ser reavaliada a cada 24h (BARBOSA, CARVALHO, CRUZ, 2015).

Justificativa:

As quedas apresentam um grande problema de saúde pública no mundo e constituem-se no evento adverso mais frequente no ambiente hospitalar, representando um risco de 1,9 a 3% nos pacientes hospitalizados. Há algum tipo de dano nesses eventos em aproximadamente 30% dos casos. Diante desses dados, fica evidenciada a importância da prevenção de quedas (BARBOSA, CARVALHO, CRUZ, 2015).

Local:

Sala de Urgências, Sala de Observação, Isolamentos e Anexo, Sala de Medicação.

Material Necessário:

- Pulseira de Identificação de Risco de Queda – amarela;
- Placa de identificação do paciente amarela.

Descrição das Atividades, segundo BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN (2010) e BRASIL, (2014):

- Orientar, continuamente, ao paciente e familiar, sobre medidas preventivas de quedas;
- Identificar o paciente com pulseira amarela, informando o que esta significa;
- Colocar a placa de identificação no leito/poltrona do paciente, na cor amarela;
- Manter as grades da cama elevadas;
- Manter rodas da cama e mesa auxiliar travadas;
- Manter objetos pessoais ao alcance do paciente;
- Acompanhar o paciente SEMPRE que este sair do leito;
- Realizar deslocamento para exames em maca ou cadeira de rodas;
- Alertar o paciente em relação às características ambientais que aumentam o risco de queda (chão escorregadio, obstáculos, degraus);
- Responder, com brevidade, o chamado do paciente;
- Orientar/providenciar calçados seguros;
- Alertar colegas, na passagem de plantão, sobre o risco de queda;
- Se o paciente apresentar alteração do padrão de comportamento que possa favorecer a ocorrência de quedas, comunicá-la ao enfermeiro imediatamente para a avaliação de contenção mecânica/química;
- Registrar, no prontuário do paciente, todos os cuidados realizados.

Observações:

- A prevenção de quedas é uma das ações de segurança do paciente preconizadas pela OMS.
- O enfermeiro deverá ser comunicado imediatamente, sempre que ocorrer alguma queda nas dependências do serviço.
- A necessidade da permanência de acompanhante para os pacientes com risco de queda elevado será avaliada pelo enfermeiro.
- A Escala de Morse deve ser aplicada, diariamente, pelo enfermeiro, para paciente em Sala de Observação, Anexo, Sala de Urgências e Isolamentos, conforme rotina da sala.
- Pressupõe-se que todas as crianças apresentam alto risco de queda, por esse motivo, estes cuidados aplicam-se aos pacientes pediátricos.
- Sempre que detectado pela equipe alguma irregularidade no mobiliário e/ou equipamentos que comprometa a segurança do paciente, deve ser comunicado o Enfermeiro da sala, registrado o problema e providenciado uma solução que minimize o risco (ex. chamar a manutenção).

Resultado Esperado:

- Reduzir a incidência de quedas ocorridas nas dependências da UPA MS;
- Cumprir as metas institucionais de Segurança do Paciente;
- Garantir uma assistência de enfermagem segura e qualificada.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e treinamento em 100% de todos os profissionais da UPA;
- Construção e distribuição de uma cartilha de orientações para pacientes;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BARBOSA, Pedro; CARVALHO, Luís; CRUZ, Sandra. **Escala de quedas de Morse**: manual de utilização. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf . Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Cristo Redentor. **Protocolo assistencial de queda**. Porto Alegre: GHC, 2014. POP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo de prevenção de quedas**. Brasília DF, 2013. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/usuario/Meus%20documentos/Downloads/protoc_pr evencaoQuedas.pdf. Acesso em: 25 set. 2018.

BULECHEK, Gloria M. ; BUTCHER, Howard K. ; DOCHTERMAN, Joanne M. **NIC**: classificação das intervenções de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Elaborado por: Cecília Biasibetti Soster.

4.2 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Os sinais vitais são importantes indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo (LYNN, 2009). Para obtenção dos sinais vitais, deve-se aferir no mínimo: frequência cardíaca ou pulso, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial. Na UPA MS, incluiu-se a aferição da saturação periférica de O₂ e avaliação da dor nesses parâmetros mínimos a serem aferidos.

4.2.1 Frequência Cardíaca

Tarefa: VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem	
Conceito: A pulsação é o impulso exercido pela expansão e pelo relaxamento das artérias resultantes dos batimentos cardíacos. A obtenção da frequência cardíaca dá-se através da palpação dos pulsos centrais (carotídeo ou femoral) e dos pulsos periféricos (radial, ulnar, poplíteo, tibial posterior). A ausência do pulso pode indicar uma oclusão arterial. A avaliação do pulso inclui a determinação da frequência de pulso e a análise de sua qualidade, que inclui ritmo e força (SOUZA, 2016).	
Justificativa: Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).	
Local: Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material Necessário: - Relógio com marcador de segundos; - Luvas de procedimento; - Formulário de Registro de Cuidados; - Caneta.	
Descrição das Atividades , segundo Carmagnani (2009), Teixeira (2015) e Souza (2016): - Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos.	

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação.
- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado, com a região escolhida para verificação adequadamente exposta.
- Colocar a ponta dos dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, fazendo uma leve pressão.
- Contar o número de pulsações durante 60 segundos, observando ritmo e volume.
- Manter a organização do leito do paciente.
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente.
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade.
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Resultado Esperado:

- Obter um adequado monitoramento dos sinais vitais para segurança do paciente.
- Adequar a assistência de enfermagem da UPA MS aos padrões preconizados pelos órgãos reguladores da saúde.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor:** uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem.** Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em 7 ago. 2018.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p.1071-1078, out.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf . Acesso em: 20 nov. 2017.

Elaborado por: Cecilia Biasibetti Soster, Eva Julia de Oliveira e Isabel Bastos.

4.2.2 Frequência Respiratória

Tarefa: VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: A respiração consiste na troca de oxigênio e dióxido de carbono entre o organismo e o meio ambiente. A ventilação é a manifestação mecânica dessa troca, ou seja, a inspiração e expiração. Ela pode ser contada visualmente, pela palpação, colocando-se a mão sobre o tórax do paciente ou, ainda, com a ausculta dos ruídos ventilatórios no pulmão, com o auxílio de um estetoscópio (BARROS, 2004; SOUZA, 2016).	
Justificativa: Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).	
Local: Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamento, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Relógio com marcador de segundos;- Estetoscópio;- Luvas de procedimento;- Formulário de Registro de Cuidados;- Caneta.	
Descrição das Atividades , segundo Carmagnani (2009), Teixeira (2015) e Souza (2016): <ul style="list-style-type: none">- Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos;- Reunir material necessário;- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado;- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação;- Verificar a frequência respiratória sem que o paciente perceba, observando os movimentos torácicos durante um minuto, atentando para profundidade e ritmo da ventilação;- Pode-se utilizar de recurso tátil para a aferição da FR, posicionando a mão do examinador levemente sobre o tórax do paciente e, dessa forma, acompanhar os movimentos por 60	

segundos;

- Manter a organização do leito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente;
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade;
- Higienizar os equipamentos e guardá-los de forma organizada para uso posterior;
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Referências:

BARROS, Elvino *et al.* **Exame clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CARMAGNANI, Maria I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LYNN, P. **Habilidade de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em: 7 ago. 2018.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p.1071-1078, out.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf . Acesso em: 20 nov. 2017.

4.2.3 Temperatura corporal

Tarefa: VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: Consiste na diferença entre a quantidade de calor produzida pelos processos corporais e a quantidade perdida para o meio externo. Pode-se obter essa medida através da verificação timpânica, axilar ou oral. Na UPA MS, a partir da observação das necessidades das equipes e dos pacientes, recomenda-se a verificação da temperatura axilar (SOUZA, 2016).	
Justificativa: Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção,	

bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).

Local:

Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, Sala de Urgências e Sala de Medicação.

Material Necessário:

- Bandeja ou carrinho de apoio;
- Termômetro digital axilar;
- Gaze;
- Álcool 70°GL;
- Luvas de procedimento;
- Formulário de Registro de Cuidados;
- Caneta.

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009) e Souza (2016):

- Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos;
- Reunir material necessário na bandeja ou no carro de apoio;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado;
- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação;
- Secar a axila do paciente com compressa ou papel toalha;
- Ligar o termômetro e posiciona-lo na axila do paciente, de forma que o bulbo fique em contato com a pele;
- Aguardar até que este emita um sinal sonoro ou durante 2 minutos;
- Verificar e registrar o valor identificado pelo termômetro;
- Manter a organização do leito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente;
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade;
- Higienizar os equipamentos e guardá-los de forma organizada para uso posterior;
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed.

da UFCSPA, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em: 7 ago. 2018.

4.2.4 Oximetria de Pulso

Tarefa: VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: Consiste na verificação da saturação periférica de oxigênio a partir do uso do oxímetro de pulso. Instrumento que permite uma monitorização contínua e não invasiva da saturação parcial de oxigênio (SpO ₂), que expressa a relação entre oxi hemoglobina (cO ₂ Hb) e a soma das concentrações de oxi e desoxi hemoglobina (cHb) (NUNES, 1999). A verificação da oximetria pode ser alterada devido a fatores periféricos, tais como hipotermia, vasculopatias, DM, cianose de extremidades, esmaltes, intoxicação por monóxido de carbono, a condição da circulação periférica é um fator a ser observado quando utilizada a oximetria transcutânea (NAEMT, 2014).	
Justificativa: Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).	
Local: Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material Necessário: - Bandeja ou carrinho de apoio; - Oxímetro de pulso. - Gaze; - Álcool 70°GL; - Luvas de procedimento; - Formulário de Registro de Cuidados; - Caneta.	
Descrição das Atividades , segundo Carmagnani (2009), Teixeira (2015) e Souza (2016): - Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos; - Reunir material necessário na bandeja ou no carro de apoio;	

- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado;
- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação;
- Observar condições de circulação periférica;
- Remover esmaltes, corantes, unhas postiças ou excesso de sujidade no local escolhido para aferição;
- Realizar a escolha do sensor de acordo com o indicado pelo fabricante;
- Posicionar o sensor no local escolhido, com a incidência do infravermelho, preferencialmente, sobre o leito ungueal;
- Aguardar leitura com curva satisfatória e estável para realizar a verificação do valor apresentado no monitor;
- Manter a organização do leito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente;
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade;
- Higienizar os equipamentos e guardá-los de forma organizada para uso posterior;
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **AMLS – Atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas**. São Paulo : Elsevier, 2014. 576 p.

NUNES, Wilma A.; TERZI, Renato G.G. Oximetria de pulso na avaliação do transporte de oxigênio em pacientes críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 79-85, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13465.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-\(org\)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf). Acesso em: 7 ago. 2018.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-1078. out.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf . Acesso em: 20 nov. 2017.

4.2.5 Pressão Arterial

Tarefa: VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: <p>A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue pulsante sob a pressão do coração. É medida em milímetros de mercúrio (mmHg), através da ausculta dos sons de Korotkoff. O pico máximo de pressão no momento de uma ejeção, ou seja, o primeiro som auscultado, denomina-se pressão sistólica. Quando os ventrículos relaxam, o sangue que permanece nas artérias exerce uma pressão mínima, ou seja, o último som auscultado, define-se a pressão diastólica. Pode-se ser realizada com esfigmomanômetro manual ou em equipamento digital (SBC, 2016).</p> <p>Na UPA MS, os profissionais dispõem de equipamentos digitais. Foi optado dessa forma devido ao grande fluxo de pacientes e para uma aferição segura da pressão arterial.</p>	
Justificativa: <p>Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).</p>	
Local: Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Bandeja ou carrinho de apoio;- Esfigmomanômetro manual ou digital com manguito apropriado;- Estetoscópio (se esfigmomanômetro analógico);- Gaze;- Álcool 70°GL;- Luvas de procedimento;- Formulário de Registro de Cuidados;- Caneta.	
Descrição das Atividades , segundo Carmagnani (2009), Teixeira (2015) e Souza (2016): <ul style="list-style-type: none">- Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos;- Reunir material necessário na bandeja ou no carro de apoio;- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;	

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação;
- Manter o paciente em ambiente calmo e em repouso, pelo menos, por quinze minutos (exceto no CR);
- Posicionar o paciente adequadamente: sentado com pernas descruzadas, pés no chão e dorso recostado na cadeira e relaxado ou deitado confortavelmente;
- Remover as roupas do braço no qual será realizada aferição;
- Realizar a escolha do manguito adequado;
- Posicionar o braço na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima e com o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar, ao paciente, que não fale nem se mova durante a verificação;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Ajustar o estetoscópio aos ouvidos, com as olivas para frente;
- Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes da medida);
- Inflar o manguito 20 mmHg além do valor estimado;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Desinflar lentamente, 2 a 4 mmHg por segundo;
- Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som, que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som;
- Abrir a válvula para desinflar o manguito até que o ponteiro indique ponto zero;
- Esperar de um a dois minutos antes de repetir a técnica caso haja dúvida;
- Retirar o estetoscópio e esfigmomanômetro;
- Higienizar olivas e diafragma do estetoscópio com álcool 70%;
- Manter a organização do leito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente;
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade;
- Higienizar os equipamentos e guardá-los de forma organizada para uso posterior;
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Quando utilizado equipamento digital:

- Seguir passos acima descritos;
- Iniciar a verificação, seguindo as orientações do fabricante do monitor;
- Garantir que o monitor esteja ligado à rede elétrica ou com bateria carregada;
- Verificar resultado exibido no monitor;
- Retirar o manguito;
- Seguir os passos finais acima descritos.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S.; *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 7 ago 2018.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-\(org\)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf). Acesso em: 20 ago. 2018.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 24, n. 4, p, 1071-1078. out.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf. Acesso em: 17 jun. 2018.

Quadro 2 – Fatores de correção da PA medida com manguito de adulto padrão (13 cm de largura e 30 cm de comprimento), de acordo com a circunferência do braço do paciente

Circunferência (cm)	Fator de correção (mmHg)	
	PAS	PAD
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13

Quadro 3 – Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

4.2.6 Avaliação da Dor

Tarefa: AVALIAÇÃO DA DOR	Número: 07/2018
	Data: 08/2018
	Revisão: 03/09/2019
	Revisão prevista: 09/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: <p>A dor consiste em uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais. Ela é subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar esse termo por meio de suas experiências.</p> <p>Na prática clínica, as escalas mais utilizadas são: Escala Visual Analógica (EVA), que consiste em uma linha reta, não numerada, contendo a ausência de dor em uma das extremidades e, na outra, a pior dor imaginável; e a Escala Visual Numérica (EVN) graduada de zero a dez, em que zero corresponde à ausência de dor e dez à pior dor imaginável. Existem formas adaptadas da escala de dor para crianças e pacientes com impossibilidade cognitiva, onde são associados fasces e desenhos aos níveis de dor (figura) (SBED, 2019).</p>	
Justificativa: <p>Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009).</p>	
Local: Fluxo, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, Sala de Urgências e Sala de Medicação.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Escala de avaliação da dor (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2017);- Formulário de Registro de Cuidados;- Caneta.	
Descrição das Atividades , segundo Carmagnani (2009), Teixeira (2015) e Souza (2016): <ul style="list-style-type: none">- Higienizar as mãos, observando os 5 momentos para higiene das mãos;- Reunir material necessário na bandeja ou no carro de apoio;- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;- Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado;- Identificar o paciente, conferindo a pulseira de identificação;- Orientar, ao paciente, o tipo de escala que será utilizada na avaliação e a forma de utilizá-la (figura 1);- Situar o paciente em um momento sem dor, sendo este o ponto zero da escala e no	

momento da pior dor que já tenha sentido na vida, sendo este o ponto dez na escala;

- Perguntar sobre a dor que ele sente no momento da avaliação e, associando aos sinais apresentados pelo paciente, o profissional posiciona e avalia, de forma objetiva, a dor apresentada de acordo com a escala utilizada;
- Manter a organização do leito do paciente;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o registro no prontuário do paciente;
- Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro da unidade;
- Higienizar os equipamentos e guardá-los de forma organizada para uso posterior;
- Higienizar as mãos entre os procedimentos e ao término destes.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009.

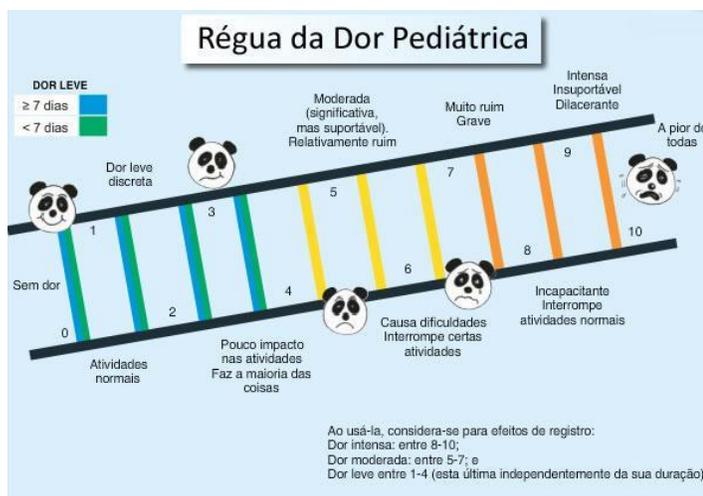
LYNN P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill; **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2.ed. Belo Horizonte: Follium , 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Hospital sem dor**: diretrizes para implantação da dor como o 5º sinal vital. 2019. Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65. Acesso em: 28 abr. 2018.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-\(org\)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf). Acesso em: 7 ago. 2018.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 24, n. 4, p, 1071-1078. out. - dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.



Régua de avaliação da dor (MACKWAY-JONES, MARSDEN, WINDLE, 2017).

4.2.7 Observações

- A verificação dos sinais vitais, na UPA MS, segue os seguintes horários de rotina na SO, Anexo, Isolamentos e Sala de Medicação:
 - Manhã: 08 h;
 - Tarde: 14 h;
 - Noite: 20h e 02h.
- Na Sala de Urgências, a verificação dos SV segue os seguintes horários de rotina:
 - Manhã: 8h, 10h e 12h;
 - Tarde: 14h, 16h e 18h;
 - Noite: 20h, 22h, 0h, 2h, 4h e 06h.
- Em paciente em Monitorização cardíaca contínua, devem ser registrados os parâmetros do monitor, observando-se as conexões dos dispositivos no paciente;
- Pacientes críticos, em uso de drogas vasoativas, VM e/ou BH, deve-se utilizar formulário específico, e devem ser registrados os SV, minimamente, a cada hora;
- A verificação dos SV deve ser realizada sempre que solicitada pelo enfermeiro, em prescrição médica e quando houver alteração do estado clínico do paciente;
- Quando algum parâmetro estiver alterado, o enfermeiro da sala deve ser comunicado e os sinais reavaliados em até 1 hora;
- Associado aos sinais vitais, deve-se sempre estar atento aos demais sinais apresentados pelo paciente, como alteração de sensório, motora, etc;
- O momento de verificação dos sinais vitais deve ser visto como um momento privilegiado para avaliar o paciente de forma integral, observando, ainda, o contexto social e cultural em que está inserido. Deve ser feito sempre de forma ética e respeitosa, com o objetivo de ofertar um cuidado adequado a esse indivíduo;
- A aferição da PA deve ser realizada, preferencialmente, após aferição FC, para minimizar interferência na FC;
- Para verificação do pulso, deve-se cuidar a pressão exercida para não interromper o fluxo sanguíneo, principalmente, se o pulso estiver filiforme;
- A inclusão da avaliação da dor junto aos sinais vitais assegura que todos os pacientes tenham acesso às intervenções para controle da dor da mesma forma que se dá o tratamento imediato das alterações dos demais parâmetros;
- Observar e respeitar as orientações de precauções indicadas pelo SCIH;
- Atentar para as particularidades em cada caso e, na presença de dúvidas, deve-se discutir com os demais membros da equipe a melhor forma de prestar um cuidado específico. Deve-se manter o foco no objetivo principal: uma assistência segura e qualificada ao paciente.

4.2.8 Parâmetros de Normalidade

Tabela de Parâmetros Vitais Normais (MACKWAY-JONES, MARSDEN, WINDLE, 2017)					
	Neonato (0 a 28 dias)	Lactente (28 dias à 2 anos)	Crianças (2 anos à 10 anos)	Adultos (a partir de 12 anos)	
FC	85 a 205 (acordado) 80 a 160 (dormindo)	100 a 190 (acordado) 75 a 160 (dormindo)	60 a 140 (acordado) 60 a 90 (dormindo)	60 a 100 (acordado) 50 a 90 (dormindo)	
FR	Até 2 meses: 30 - 60 mrpm	2 a 11 meses: 30 - 50 mrpm	11 meses - 5 anos: 20-40 mrpm	5-8 anos: 12-30 mrpm	>8 anos: 12-20 mrpm
Tax	Afebril: 35°C - 37,4°C Febrícula: 37,5°C - 38,4°C Febre: >38,4°C				
SpO2	>94% 999359491			>92%	

4.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

4.3.1 POP Administração de Medicamento por Via Oral

Tarefa: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL (VO)	Número: 17/2018
	Data: 20/12/2018
	Revisão prevista: 12/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: É o ato de preparar e administrar os medicamentos como: pílulas, comprimidos, drágeas, cápsulas, pastilhas, pós, soluções e geleias. Via oral é a via em que toda administração de medicamentos acontece através da deglutição. A absorção acontece na boca, no estômago e no intestino delgado.	
Justificativa: O presente documento justifica-se pelo objetivo da busca contínua de uma assistência segura e eficaz ao paciente.	

Local:

Fluxo, Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos e Sala de Urgências.

Material necessário:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Copo Descartável;
- Medicamento;
- Água;
- Etiqueta para rotular o medicamento;
- Caneta;

<p>9 Certos da Medicação Paciente certo; Medicamento certo; Compatibilidade medicamentosa; Orientação ao paciente; Direito a recusar o medicamento; Anotação correta; Dose certa; Via certa; Hora certa;</p>

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009) e Souza *et al.* (2017):

- Verificar a prescrição médica, considerando os 9 certos da administração de medicamentos e soluções (ao lado);
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção da superfície da bancada, com álcool 70° GL, para o preparo de medicação;
- Fazer o rótulo do medicamento, contendo: nome do paciente, número do leito, nome do medicamento, dose, via e horário;
- Conferir: nome do medicamento, dose, via e prazo de validade;
- Colocar, em uma bandeja, o copo descartável, contendo o medicamento com a identificação;
- Retirar o invólucro de comprimidos, cápsulas, drágeas ou pó, diante do paciente, imediatamente antes de administrá-lo;
- Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação;
- Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos, fazendo exatamente a medida prescrita. Ler, cuidadosamente, o rótulo do frasco antes de prepará-lo;
- Levar a bandeja até o leito do paciente;
- Conferir os 9 certos;
- Verificar condições clínicas do paciente (verificar se o paciente apresenta nível de consciência preservado, reflexo de deglutição e tosse presentes e sinais vitais);
- Explicar, ao paciente, o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Verificar histórico de alergias do paciente;
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, em uma posição favorável à deglutição;
- Oferecer a medicação e água ao paciente até a completa deglutição do medicamento;

- Permanecer ao lado do paciente até que o medicamento seja deglutido;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Recolher e descartar os materiais adequadamente;
- Deixar o leito organizado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no formulário de Registro de Cuidados e comunicar aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações do cliente, dificuldade de deglutição, ao enfermeiro, caso ocorram;
- Registrar o procedimento realizado no formulário de Registro de Cuidados e checar a prescrição médica;

Observações, segundo Prado (2013) e Bortolozzo (2007):

- Não permitir que a medicação permaneça na mesa de cabeceira para ser administrada posteriormente;
- Para o preparo da medicação, utilizam-se técnicas limpas, dispensando-se a técnica estéril, já que a cavidade oral não é estéril;
- Equivalência de medidas:
 - 1 colher de sopa = 15 ml;
 - 1 colher de sobremesa = 10ml;
 - 1 colher de chá = 5ml;
 - 1 colher de café = 3ml;
 - 1 ml = 20 gotas;
 - 1 gota = 3 microgotas.

Resultado Esperado:

- Realizar a administração de medicamentos, por via oral, de forma segura e eficaz;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe assistencial, minimizando riscos de erros de medicação;
- Viabilizar a implementação e o acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BORTOLOZZO, N. M. *et al.* **Técnicas em enfermagem: passo a passo.** Botucatu: EPUB, 2007.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem.** Florianópolis: Progressiva, 2013.

CARMAGNANI, Maria I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Mônica J. *et.al.* Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de Instrumento. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 8, n.3, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Pr%C3%A1ticas-Seguras-Para-Administra%C3%A7%C3%A3o-de-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

Elaborado por: Carolina Schroeder e Daiane Pacheco.

4.3.2 POP Administração de Medicamento por Via Inalatória

POP publicado pelo Hospital da Criança Conceição, transcrito para este manual.

Tarefa: ADMINISTRAÇÃO DE AEROSSOL COM DOSES MEDIDAS PRESSURIZADAS COM ESPAÇADOR INDUSTRIAL	Data: 18/06/2007 Revisão: 12/04/2019
Responsável: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.	
Conceito: Consiste na administração de medicamentos em forma de aerossol, com doses-medida pressurizadas, sendo que o aerossol é acoplado a espaçador industrial.	
Justificativa: O presente documento justifica-se pelo objetivo da busca contínua de uma assistência segura e eficaz ao paciente.	
Local: Áreas assistenciais.	
Material necessário: <ul style="list-style-type: none">- Medicamento aerossol prescrito;- Espaçador e máscara embalados em saco plástico;- Etiqueta com o nome, o leito do paciente e a data de abertura da embalagem;- Material para aspiração do paciente, conforme rotina.	
Descrição das Atividades: <ul style="list-style-type: none">- Higienizar as mãos;- Verificar se o espaçador está íntegro e devidamente montado, sem objetos estranhos em seu interior;- Em caso de uso de beclometasona ou outro corticóide aerossol, SEMPRE, usar espaçador com válvula (membrana), nos demais casos, o espaçador não necessita estar com esse dispositivo;- Acordar e posicionar o paciente em decúbito semi-elevado ou elevado, no colo ou apoiado;	

- Retirar chupeta ou outros objetos da boca da criança;
- Retirar a tampa do medicamento e AGITAR O FRASCO;
- Inserir o inalador na parte posterior do espaçador, com o reservatório para cima;
- Encaixar a máscara sobre o nariz e a boca da criança, pressionando, levemente, para evitar a permanência de espaços entre a face e a máscara. Caso seja utilizada a peça bucal, solicitar que a criança sele a mesma com os lábios;
- Solicitar que a criança inspire calmamente pela boca. Estimular os bebês a abrirem a boca através de estimulação delicada na face;
- Tentar acalmar a criança e, se possível, não administrar o medicamento enquanto a criança estiver chorando;
- Pressionar o inalador no início da inspiração lenta (1 jato);
- Manter a aerocâmara no local, por 10 segundos, deixando que a criança respire lentamente pela boca;
- Aguardar 30 segundos entre a administração de cada jato prescrito. Agitar, novamente, o frasco antes de cada administração;
- Caso a medicação prescrita seja um corticóide (beclometasona ou outros não padronizados), realizar higiene e enxágue bucal após a inalação;
- Guardar o material utilizado em saco plástico devidamente identificado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e as reações da criança no relatório de enfermagem e checar na prescrição médica;



Observações:

- Verificar, no prontuário do paciente, se há prescrição de oximetria antes e/ou após o procedimento. Realizar a verificação conforme indicação médica ou do enfermeiro da unidade.
- O espaçador e a máscara são de uso de cada paciente, devendo ser acondicionados em saco plástico com rótulo, junto ao leito do paciente.
- O processo de limpeza e desinfecção do espaçador e máscara deverá ser realizado a cada 7 dias e sempre que estiver sujo, e no momento da alta hospitalar;
- Orientar sempre o paciente e seus familiares quanto ao procedimento, permitindo que realize a técnica sob supervisão;
- Ao final do tratamento o espaçador deve ser recolhido e encaminhado à sala de desinfecção

<p>de materiais;</p> <p>- É PROIBIDO O FORNECIMENTO DE ESPAÇADORES PARA USO DOMICILIAR PARA PACIENTES COM ALTA HOSPITALAR;</p>
<p>Resultado Esperado:</p> <p>- Permitir que o medicamento atue diretamente nos pulmões, utilizando doses menores e reduzindo efeitos colaterais;</p>
<p>Ações Corretivas:</p> <p>- Orientar, ao paciente, que inspire tranquilamente, sem forçar. Reorientar conforme necessidade;</p> <p>- Comunicar dificuldades na realização do procedimento, recusa ou reações do paciente ao enfermeiro responsável e ao médico.</p>
<p>Referências:</p> <p>RSMED. Espaçador inAl-air: instruções de uso. Disponível em: https://www.farmadelivery.com.br/media/upload/pdf/Manuais/In%20All-Air%20Infantil%20e%20Adulto.pdf . Acesso em: 02 abr. 2018.</p> <p>COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; VIERA, Cláudia Silveira. Manual de enfermagem em pediatria. 2. ed. Goiânia: AB, 2010.</p> <p>RIBEIRO, J. D. Aerossóis e espaçadores na crise aguda de asma. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 81, p. 274-276. 2005.</p> <p>CHONG NETO, H. J. <i>et al.</i> Diferentes dispositivos inalatórios na crise aguda de asma; um estudo randomizado, duplo cego e controlado com placebo. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 81, p. 298-304. 2005.</p> <p>ROTTA, E. T.; AMANTÉA, S. L.; FREHLICH, P. E. Princípios da Inaloterapia na asma aguda Infantil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 51, n. 1, jan.-mar. 2007.</p>

Elaborado por: Christa Schmiedt.

Revisão: Blessane Lipski; Cláudia carballo; Ester Henrique da Silva.

Aprovação e Publicação: Responsável Técnica Ângela M^a Oliveira da Silva.

4.3.3 POP Administração de Medicamento por Via Sonda Enteral ou Gástrica

<p>Tarefa:</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA Sonda ENTERAL OU GÁSTRICA</p>	<p>Número: 19/2018</p>
	<p>Data: 20/12/2018</p>
	<p>Revisão prevista: 12/2020</p>
<p>Responsável:</p> <p>Equipe de Enfermagem.</p>	
<p>Conceito:</p> <p>É o ato de administrar medicamentos por sonda enteral/gástrica na impossibilidade de administração por via oral (LISBOA, SILVA, MATOS, 2013).</p>	

Justificativa:

O presente documento justifica-se pelo objetivo da busca contínua de uma assistência segura e eficaz ao paciente, bem como para minimizar a ocorrência de agravos ao paciente.

Local:

Fluxo, Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos e Sala de Urgências.

Material necessário:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Seringa de 20 ml (dosador azul com tampa - código 32487);
- Medicação prescrita;
- Estetoscópio;
- Álcool 70°GL;
- Gaze;
- Água filtrada fornecida pelo Serviço de Nutrição;
- Copo descartável;
- Recipiente com triturador (gral e pistilo);
- Luvas de procedimento.

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009) e Souza *et. al.* (2017):

- Verificar a prescrição médica, considerando os 9 certos da administração de medicamentos e soluções;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção da superfície da bancada com álcool 70° GL para o preparo de medicação;
- Triturar a medicação até virar pó fino e adicionar 5 a 20ml de água filtrada, para homogeneizar as partículas, colocar a diluição em copo descartável e identificar;
- Identificar a seringa da medicação com etiqueta (nome do paciente, data de início de uso da seringa);
- Levar a bandeja até o quarto e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Orientar, ao paciente, sobre o procedimento;
- Elevar a cabeceira da cama entre 30 a 45° ou o mais próximo de uma posição sentada;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos e óculos de proteção;
- Realizar desinfecção da extremidade distal da sonda com álcool 70° GL;
- Testar a permeabilidade e o posicionamento da sonda, injetando 10 ml de ar e realizando ausculta gástrica para detectar o som refletido (turbilhamento aéreo);

9 Certos da Medicação

Paciente certo;
Medicamento certo;
Compatibilidade medicamentosa;
Orientação ao paciente;
Direito a recusar o medicamento;
Anotação correta;
Dose certa;
Via certa;
Hora certa;

- Lavar a sonda com 20ml de água filtrada, antes de administrar a medicação;
- Aspirar e administrar a medicação;
- Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada;
- Recolher o material e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar luvas e óculos de proteção e higienizar as mãos;
- Checar a medicação na primeira via da prescrição e registrar o procedimento na folha de Registro de Cuidados, imediatamente após administração, com assinatura e COREN.

Observações, segundo Prado e Gelbcke (2013) e Bortolozzo (2007):

- Na dúvida quanto ao posicionamento da sonda, comunicar ao enfermeiro e não administrar a medicação;
- Sonda aberta em frasco com drenagem: solicitar a avaliação do enfermeiro. Após ser administrada a medicação, manter a sonda fechada por 60 minutos, variando conforme o tempo de absorção da medicação;
- Ao administrar um medicamento sólido, verificar se a trituração do fármaco é viável;
- Os utensílios para a trituração devem estar previamente limpos, ausentes de resíduos de outros medicamentos;
- Se houver mais de um comprimido a ser administrado, triturá-los e administrá-los separadamente. Medicamentos diferentes podem “interagir” e, até mesmo, perder a ação;
- Lavar a SNE com 5 ml de água entre os medicamentos administrados para evitar interação medicamentosa;
- A seringa dosadora deverá ser trocada a cada 72h, desde que protegida adequadamente, mantendo-a identificada (nome do paciente, data e hora);
- Realizar desinfecção com álcool 70°GL na superfície da bancada, antes do preparo da medicação;
- Lavar a sonda antes é tão importante quanto após a administração do medicamento, pois ajuda a prevenir a obstrução e a interação com a dieta;

Resultado Esperado:

- Realizar a administração de medicamentos por via sonda enteral e gástrica de forma segura e eficaz;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe assistencial, minimizando riscos de erro de medicação;
- Viabilizar a implementação e o acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BORTOLOZO, N. M. *et al.* **Técnicas em enfermagem**: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LISBOA, Carolina D; SILVA, Lolita; MATOS, Guacira C. Investigação da técnica de preparo de medicamentos para administração por cateteres pela enfermagem na terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 53-60. fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a07v47n1.pdf> . Acesso em: 20 dez. 2018.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Progressiva, 2013.

SOUZA, Mônica J. *et.al.* Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de Instrumento. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 8, n.3, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Pr%C3%A1ticas-Seguras-Para-Administra%C3%A7%C3%A3o-de-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

Elaborado por: Eva Julia de Oliveira, Isabel Bastos e Cecília Biasibetti Soster.

4.3.4 POP Administração de Medicamento por Via Intramuscular

Tarefa: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	Número: 13/2018
	Data: 20/11/2018
	Revisão prevista: 11/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: <p>Administração de medicamentos por via intramuscular consiste na oferta do princípio ativo diretamente no tecido muscular, propicia uma absorção rápida e é uma alternativa quando ocorre a contraindicação da administração do medicamento por via oral. Tal procedimento requer conhecimento do profissional sobre a anatomia do corpo humano, os locais de aplicação, as indicações e contraindicações de cada local e as possíveis complicações decorrentes de cada técnica utilizada (GODOY; NOGUEIRA; MENDES, 2004).</p> <p>É primordial que o profissional conheça os materiais disponíveis e os utilize de acordo com as indicações do fabricante para minimizar os riscos aos pacientes (SILVA;SILVA, 2014).</p>	
Justificativa: <p>O presente documento justifica-se pelo objetivo da busca contínua de uma assistência segura e eficaz ao paciente.</p>	
Local: <p>Fluxo, Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, e Sala de Urgências.</p>	

Material necessário:

- Prescrição médica;
- Bandeja;
- Álcool 70° GL;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Gaze estéril;
- Medicamento;
- Seringa (de acordo com o volume da medicação);
- Agulha (de acordo com características da medicação e do paciente);
- Luvas de procedimento;
- Micropore;
- Caixa de perfurocortante;
- Caneta.

Descrição das Atividades, segundo Reis (2018), Lima e Matão (2014) e Carmagnani (2009):

- Verificar a prescrição médica, considerando os 9 certos da administração de medicamentos e soluções;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção da superfície da bancada, com álcool 70° GL, para o preparo de medicação;
- Fazer desinfecção do frasco do medicamento com gaze embebida em álcool 70°GL;
- Fazer a reconstituição e/ou diluição da medicação, conforme a tabela de diluições da farmácia e a prescrição. Aspirar a solução com seringa e agulha 40/12, sem contaminá-la, em posição vertical;
- Trocar a agulha para administração da medicação;
- Identificar a seringa com o nome da medicação, a hora, o nome do paciente, o leito e a via de administração (etiqueta de medicação);
- Levar a medicação na bandeja para o local onde se encontra o paciente;
- Conferir a identificação da pulseira com o nome do paciente e histórico de alergias;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Atentar para privacidade do paciente, fechando cortinas, biombo, portas etc;
- Higienizar as mãos e calçar as luvas;
- Selecionar a região apropriada para a injeção;
- Inspeccionar o local da pele, avaliando existência de equimose, inflamação, edema, entre outros;
- Observar a integridade, o tamanho e condição do músculo;

9 Certos da Medicação

Paciente certo;
Medicamento certo;
Compatibilidade medicamentosa;
Orientação ao paciente;
Direito a recusar o medicamento;
Anotação correta;
Dose certa;
Via certa;
Hora certa;

- Posicionar o paciente, solicitando sua colaboração, se possível, conforme o local e o leito;
- Fazer antissepsia do local escolhido, com gaze embebida em clorexidina alcoólica 0,5%, em movimento de vai e vem, por 30 segundos;
- Delimitar o local com o dedo indicador e polegar, com a outra mão, introduzir a agulha com o bisel para cima, em movimento firme, em um ângulo de 90°;
- Puxar o êmbolo de volta, se não houver retorno de sangue, injete o medicamento de forma lenta;
- Manter a posição até o medicamento ser injetado;
- Aguardar alguns segundos antes de retirar a agulha para evitar refluxo do medicamento;
- Retirar a agulha com movimento rápido, após término da administração, mantendo no mesmo ângulo da inserção;
- Fazer compressão firme com gaze seca e fixar com fita;
- NÃO REENCAPAR A AGULHA;
- Descartar a seringa conectada à agulha na caixa de perfurocortante;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Checar a medicação na prescrição médica e registrar o procedimento na folha de Registro de Cuidados, imediatamente após administração, com assinatura e COREN.

Observações, segundo Reis (2018), Lima e Matão (2014) e Carmagnani (2009):

- Escolha do local intramuscular (anexo 2):
 - Bebês: vasto lateral da coxa (volume até 2ml);
 - Crianças que começam a andar: vasto lateral da coxa e dorsoglúteo;
 - Adultos: ventroglútea (Roscheter), dorsoglúteo, vasto lateral da coxa ou deltoide;
- Volume máximo para se administrar pela via intramuscular deve ser compatível com a estrutura muscular:
 - Região do Deltóide – até 2 ml;
 - Região Dorso glútea – até 5ml;
 - Região Vasto Lateral da Coxa – até 4 ml;
 - Região Ventroglútea – até 4 ml.
- Na seleção do local, deve-se considerar o seguinte:
 - Distância em relação a vasos e nervos importantes;
 - Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
 - Espessura do tecido adiposo;
 - Idade do paciente;
 - Irritabilidade da droga;
 - Atividade do paciente;
- Medicamentos conhecidos como irritantes, viscosos ou soluções oleosas devem ser

aplicados, preferencialmente, na região ventroglútea;

- Não aplicar a medicação em áreas que contenham cicatrizes ou manchas, tatuagens, hérnias ou feridas;
- Em paciente anticoagulado, fazer compressão no local de 5 a 10 minutos;
- Em caso de refluxo sanguíneo, não injetar o medicamento, realizar a troca da agulha e puncionar outra área;
- Realizar rodízio entre os locais de administração de medicação intramuscular;
- A realização da prega na pele, pinçando o músculo, pode auxiliar durante o procedimento, em pacientes idosos, edemaciados ou que tenham pouca massa muscular, expondo melhor o músculo para injeção. Essa técnica está contraindicada para pacientes com volume de massa muscular normal, pois corre o risco do fármaco ser administrado no tecido subcutâneo;
- Para pacientes com volume muscular normal, utilizar a técnica em Z (anexo 1), a qual consiste em esticar a pele para baixo ou para o lado do local onde a injeção será aplicada, manter até o final da administração do medicamento;
- O ângulo de inserção da agulha deve ser sempre perpendicular à pele, a 90° independentemente da região;
- Injeções com volume superior a 2 ml não devem ser aplicadas no deltoide;
- O volume máximo para injeção IM é de 5 ml. Volumes acima de 5 ml devem ser fracionados e aplicados em locais diferentes;
- Deve-se sempre trocar a agulha que aspirou o medicamento;
- O uso do músculo deltóide é contraindicado em pacientes com complicações vasculares dos membros superiores, pacientes com parestesia ou paralisia dos braços, bem como àquelas que sofreram mastectomia ou com fístula artério-venoso;
- O tamanho da seringa deve ser compatível com o volume do medicamento a ser administrado;
- A escolha do tamanho da agulha deve ser feita de acordo com a massa muscular:
 - 40x1,2 ou 25x1,2 – aspiração e preparo de medicamentos;
 - 30x0,8 ou 30x0,7 – aplicação IM em paciente adulto;
 - 25x0,8 ou 25x0,7 ou 25x0,6 – aplicação IM em paciente adulto;
 - 20x0,55 – aplicação IM em crianças;
- A escolha do calibre da agulha deve ser realizada de acordo com tipo de solução:
 - Aquosa – 0,7 mm (cor preta);
 - Oleosa – 0,8 mm (cor verde);

Resultado Esperado:

- Realizar a administração de medicamentos por via IM de forma segura e eficaz;
- Garantir a segurança do paciente e da equipe assistencial.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Treinamentos periódicos com as equipes, envolvendo simulações;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GODOY, Simone; NOGUEIRA, Maria S.; MENDES, Isabel A. C. Aplicação de medicamentos via Intramuscular: análise do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 135-142. jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/03.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

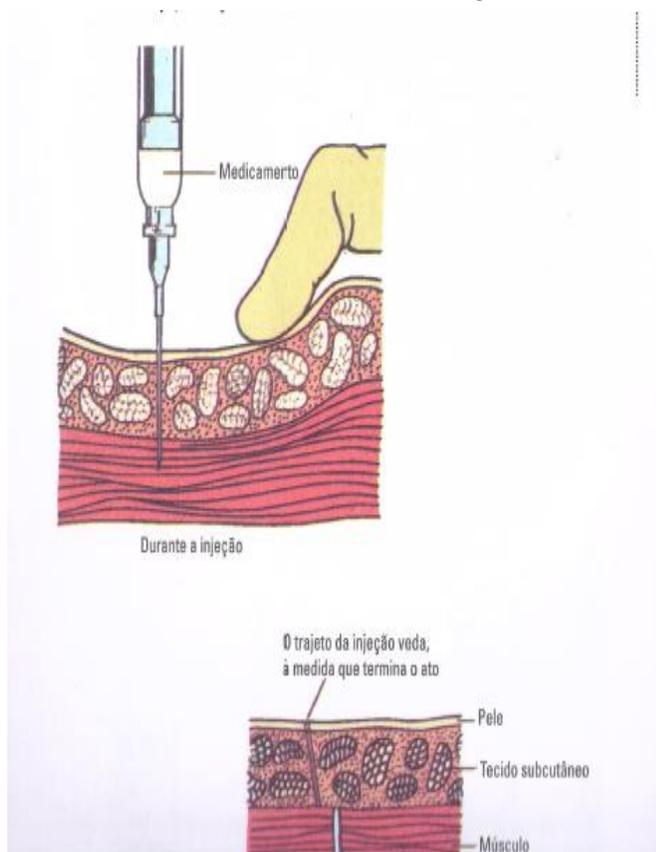
LIMA, Idelmina L.; MATÃO, Maria E. L. [orgs]. **Manual do Técnico em Enfermagem.** 9 ed. Goiânia: AB Editora, 2014.

REIS, Nathalia F. **Administração de medicamentos por via intramuscular.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018. POP.

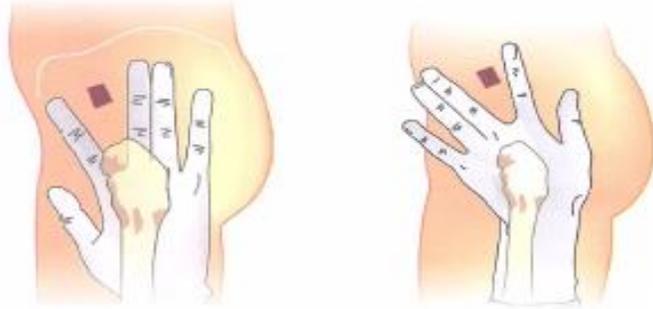
SILVA, Marcelo T.; SILVA, Sandra R. L. P. T. **Cálculo e administração de medicamentos de enfermagem.** 4. ed. São Paulo: Martinari, 2014..

Elaborado por: Cecília Biasibetti Soster.

ANEXO 1 – TÉCNICA DE APLICAÇÃO IM EM Z



ANEXO 2 – LOCAIS DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS IM



Ventro-glúteo



Vasto lateral da coxa

Dorso glúteo



Deltoide

4.3.5 POP Administração de Medicamento por Via Endovenosa

Tarefa: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ENDOVENOSA (EV)	Número: 14/2018
	Data: 04/12/2018
	Revisão prevista: 12/2020
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: <p>A terapia endovenosa foi descrita pela primeira vez na história por Christopher Wren, no final do século XVII. Essa técnica foi desenvolvida e aperfeiçoada ao longo do tempo e, na atualidade, é uma prática amplamente difundida nos serviços de saúde (MALAGUTTI; ROEHRS, 2012).</p> <p>Consiste em administrar medicamentos diretamente na corrente sanguínea do paciente através de punção. Tal opção terapêutica configura um recurso indispensável na reposição volêmica, obtenção de nível sérico de medicamento e administração de soluções hipertônica e drogas que não podem ser absorvidas por outras vias (MALAGUTTI; ROEHRS, 2012).</p>	
Justificativa: <p>Aproximadamente 90% dos pacientes em internação hospitalar são expostos a terapêuticas EV, podendo-se observar algum tipo de complicação em até 75% desses pacientes. São considerados eventos como: flebites, hematomas, infiltrações, interações medicamentosas, reações alérgicas e infecções (ANACLETO; <i>et.al.</i>, 2010; MALAGUTTI; ROEHRS, 2012).</p> <p>A padronização da administração de medicamentos por via EV justifica-se frente à elevada incidência de danos evitáveis relacionados a esse processo terapêutico, no qual, a equipe de enfermagem é a principal responsável (MALAGUTTI; ROEHRS, 2012; BRASIL, 2017).</p>	
Local: Fluxo, Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos, e Sala de Urgências.	
Material necessário , segundo Carmagnani (2009): <ul style="list-style-type: none">- Prescrição Médica;- Manual de diluição de medicação da instituição (Repositório de Documentos – Farmácia HCO/HCC – Tabela de Injetáveis);- Bandeja;- Medicamento prescrito e diluente;- Gaze estéril;- Álcool a 70°GL;- Clorexidina alcóolica 0,5%;- 01 seringa para reconstituição da medicação;- 01 seringa de 5 ml;	

- SF 0,9% (para testar o acesso venoso);
- 02 agulhas 40x12 ou 25X12;
- Luvas de procedimento;
- Fita adesiva;
- Rótulo de identificação da solução.

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009):

- Conferir a prescrição médica, considerando os nove certos da administração de medicamentos;
- Realizar desinfecção da bancada e da bandeja de preparo da medicação com álcool a 70°GL;
- Higienizar as mãos;
- Preparar o material;
- Fazer desinfecção da parte superior do frasco e/ou ampola com gaze embebida em álcool a 70°GL;
- Fazer a reconstituição e/ou diluição da medicação, conforme a tabela de diluições da farmácia ou prescrição médica;
- Aspirar a solução com a seringa e diluir o medicamento (conforme o manual de preparo de medicamentos) sem contaminar. Trocar a agulha, se necessário;
- Identificar a medicação com nome, leito do paciente, data, hora e via de administração;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado, conferindo a identificação da pulseira, com o nome do paciente;
- Certificar-se de que o paciente não tem alergia ao fármaco a ser administrado;
- Levar a bandeja para o local onde se encontra o paciente;
- Posicionar o paciente e avaliar o sítio de inserção do cateter e data da punção, certificando-se da ausência de sinais flogísticos;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar desinfecção da parte externa da cânula ou conexão, com clorexidina alcoólica 0,5%, por meio de fricção vigorosa com, no mínimo, oito movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril;
- Infundir 3ml de SF 0,9%, com pressão e rapidez, para verificar a permeabilidade do acesso (em caso de resistência ou extravasamento para o tecido subcutâneo, deve-se providenciar novo acesso venoso em outro sítio);
- Administrar a medicação conforme a tabela de diluições da farmácia, respeitando o tempo de administração do fármaco;
- Infundir o máximo possível da medicação que está no equipo;
- Aplicar a técnica de pressão positiva no momento da salinização do cateter periférico, caso infusão intermitente: clampear o infusor e/ou fechar conexão antes do término da solução e

9 Certos da Medicação
Paciente certo;
Medicamento certo;
Compatibilidade medicamentosa;
Orientação ao paciente;
Direito a recusar o medicamento;
Anotação correta;
Dose certa;
Via certa;
Hora certa;

antes de retirar a seringa, para evitar o refluxo de sangue para dentro da luz do acesso venoso periférico, evitando a coagulação do cateter;

- Acomodar o paciente confortavelmente;
- Recolher o material e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar a medicação na prescrição médica e registrar na folha de Registro de Cuidados imediatamente, após o procedimento;

Observações, segundo Teixeira (2009) e Brasil (2013):

- Comunicar ao enfermeiro se o paciente apresentar alterações durante a administração do medicamento;
- Comunicar o enfermeiro quanto à presença de sinais flogísticos na inserção do cateter e registrar no prontuário do paciente;
- Ao término da infusão da medicação, abrir todo o dispositivo e elevar o equipo para a solução descer por gravidade;
- Rotular os equipos de soluções com data e horário da instalação. Fazer a troca a cada 96 horas para infusões contínuas e a cada 24h para infusões intermitentes. Deve-se realizar a troca do equipo sempre que este for contaminado na manipulação, estiver com as pontas desprotegidas ou houver qualquer volume de material biológico, conforme orientação SCIH;
- As tampas das conexões do acesso e os protetores de equipos devem ser descartados e substituídos a cada uso;
- Suspender imediatamente a infusão e comunicar, ao Enfermeiro e ao Médico, a ocorrência de reações alérgicas locais ou sistêmicas;

Resultado Esperado:

- Preparo e administração correta da medicação, garantindo a segurança e terapêutica do paciente.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e treinamento de 100% da equipe de enfermagem;
- Capacitações periódicas para a equipe;
- Acompanhamentos das notificações na Rede Sentinela;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

ANACLETO, T. A. *et al.* Erros de medicação. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, jan.-fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Controle de Infecção Hospitalar. **Prevenção de infecções relacionadas à terapia endovenosa**. NRTO. 15/2001. Porto Alegre: GHC, 2013.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de Infecção relacionadas à assistência à saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+->

+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373. Acesso em: 25 nov 2018.

CARMAGNANI, Maria I. S.; et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

MALAGUTTI, William; ROEHRS, Hellen [orgs.]. **Terapia Intravenosa**: atualidades. São Paulo: Martinari, 2012.

TEIXEIRA, Elizabeth. **Programa de atualização em enfermagem**: saúde do adulto: ciclo 4 – módulo 2. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Elaborado por: Carolina Schroeder, Daiane Pacheco e Cecília Biasibetti Soster

4.4 ALIMENTAÇÃO, HIGIENE E CONFORTO

4.4.1 Manuseio e Administração de Nutrição Enteral por Sistema Fechado

Tarefa: MANUSEIO E ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL EM SISTEMA FECHADO OU CONTÍNUO	Número: 20/2019
	Data: 20/04/19
	Revisão prevista: 04/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: A nutrição enteral é definida como alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral. Industrializada, ou não, e utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes conforme suas necessidades nutricionais em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou à manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL, 2000). As fórmulas enterais industrializadas em sistema fechado ou contínuo são acondicionadas em recipientes hermeticamente fechados e apropriadas para conexão em equipo de administração específico.	
Justificativa: A criação de um POP para manuseio e administração de nutrição enteral por sistema fechado justifica-se pela alteração da dieta fornecida na UPA MS. Uma vez que se trata de um sistema que ainda não havia sido utilizado na instituição.	
Local: Fluxo, Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos e Sala de Urgências.	
Material necessário: - Prescrição médica ou de enfermagem;	

- Seringa para SNE;
- Estetoscópio;
- EPIs;
- Bomba de Infusão configurada para infusão enteral;
- Equipo para dieta em sistema fechado;
- Dieta (fornecida pelo Serviço de nutrição);
- Formulário de registros de cuidados;
- Caneta.

9 Certos da Medicação

Paciente certo;
 Medicamento certo;
 Compatibilidade medicamentosa;
 Orientação ao paciente;
 Direito a recusar o medicamento;
 Anotação correta;
 Dose certa;
 Via certa;
 Hora certa;

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009) e Souza *et. al.* (2017):

- Verificar a prescrição da dieta, considerando os 9 certos da administração;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção da superfície da bancada com álcool 70° GL para o preparo da dieta;
- Conferir os dados do paciente, volume e velocidade da infusão no rótulo do frasco da dieta.
- Identificar a seringa de infusão, com os dados do paciente e data de abertura;
- Conectar o equipo no frasco de dieta, após ter realizado a desinfecção das conexões não estéreis com álcool 70° GL;
- Levar a bandeja até o leito e colocá-la na mesa de cabeceira;
- Orientar, ao paciente, sobre o procedimento;
- Elevar a cabeceira da cama entre 30 a 45° ou o mais próximo de uma posição sentada;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos e óculos de proteção;
- Realizar desinfecção da extremidade distal da sonda com álcool 70° GL;
- Testar a permeabilidade e o posicionamento da sonda, injetando 10 ml de ar e realizando ausculta gástrica para detectar o som refletido (turbilhonamento aéreo);
- Lavar a sonda com 20ml de água filtrada, antes de instalar a dieta;
- Instalar a dieta em bomba de infusão, respeitando o volume e velocidades prescritos;
- Recolher o material e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar luvas e óculos de proteção e higienizar as mãos;
- Checar a medicação na primeira via da prescrição e registrar o procedimento na folha de Registro de Cuidados, imediatamente após administração, com assinatura e COREN.

Observações:

Recebimento e Conservação:

- Ao receber a dieta, o profissional deve verificar o aspecto da Nutrição Enteral, detectando

alterações, como a presença de elementos estranhos e integridade da embalagem.

- Verificar o rótulo que deve conter: Nome do paciente, leite, data de manipulação, volume, fórmula e horário, confirmando esses dados com a prescrição médica.
- A validade da Nutrição Enteral, após a manipulação pela Unidade de Alimentação e Nutrição e abertura pela enfermagem, é de 24 horas, incluindo o tempo de administração.
- A Nutrição Enteral em sistema fechado pode ser armazenada em temperatura ambiente.
- A data de validade é indicada pelo fabricante no rótulo.
- A Nutrição Enteral em sistema fechado é inviolável até o final de sua administração.

Administração em bomba de infusão:

- Vazão: 80 ml/h (volume total: 1000 ml em 13 horas);
- Horário preferencial para início da infusão: 8:30h, término às 22h.

Hidratação:

- Considerando que o gotejamento de dieta é contínuo nessa forma de administração, a administração de água deve ser feita, sob prescrição médica, em intervalos de 3 em 3 horas, concomitantemente à administração de dieta;

Resultado Esperado:

Administração adequada da Nutrição Enteral e sem danos para o paciente.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP e capacitação de 100% da equipe de enfermagem;
- Revisão bianual do POP e treinamentos periódicos da equipe.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 63/2000**. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília, DF, ANVISA, 2000. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC%NUTRICaO%2ENTERAL.pdf>. Acesso em:

CARMAGNANI, Maria I. S.; et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Mônica J. *et.al*. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de Instrumento. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 8, n.3, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Pr%C3%A1ticas-Seguras-Para-Administra%C3%A7%C3%A3o-de-Medicamentos.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

Elaborado por: Ana Paula de Lima e Cecília Biasibetti Soster.

4.4.2 POP Higiene Oral em Pacientes Dependentes

Tarefa: HIGIENE ORAL EM PACIENTES DEPENDENTES	Número: 15/2018
	Data: 10/12/2018
	Revisão prevista: 12/2020
Responsável: Técnico em Enfermagem.	
Conceito: A higiene oral consiste na redução da microbiota da cavidade oral através da remoção mecânica dos resíduos, com ou sem, o uso de solução antisséptica. É tida como uma parte importante do processo de higiene corporal do paciente, torna-se ainda mais relevante nos pacientes que apresentam algum grau de dependência (SILVEIRA, et al., 2010; HINKLE; CHEEVER, 2016). A Microbiota da cavidade oral é composta por, aproximadamente, 300 espécies de bactérias. Em pessoas em processos patológicos, essa colonização sofre alterações. Essas bactérias, além de provocar odores desagradáveis na cavidade oral, estão frequentemente relacionadas a pneumonias (SILVEIRA; et al., 2010).	
Justificativa: A higiene oral compõe parte importante do processo de cuidados, tem alto potencial de prevenção de agravos, bem como proporciona maior conforto aos pacientes. Frente a essas evidências e às recomendações do MS, justifica-se a qualificação e padronização desse processo de cuidado (BRASIL, 2017).	
Local: Sala de Medicação, Sala de Observação, Anexo, Isolamentos e Sala de Urgências.	
Material necessário: - Escova de dentes e creme dental (preferencialmente) ou pacote de higiene oral; - Solução antisséptica bucal; - Fio dental (se disponível); - Sonda de aspiração nº 12 ou 14; - Sistema de aspiração funcionando; - Mesa auxiliar; - Compressa limpa; - Luvas de procedimento; - Óculos de proteção; - Máscara descartável; - Triglicerídeos de cadeia média com ácidos graxos essenciais (TCM/AGE); - Copo plástico descartável;	

- Álcool 70°GL.

Descrição das Atividades, segundo Baptista (2017) e Carmagnani (2009):

- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e comunicar o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente, mantendo a cabeceira elevada (de 30 a 45°), a menos que seja contraindicado, caso o paciente não seja colaborativo, lateralizar a sua cabeça ou deixá-lo em decúbito lateral, para evitar broncoaspiração;
- Colocar a compressa limpa sobre o tórax do paciente;
- Colocar o material sobre a mesa auxiliar, com desinfecção prévia com álcool 70°GL.
- Abrir o pacote de higiene oral e colocar 20ml de antisséptico na cuba redonda;
- Higienizar as mãos;
- Vestir equipamentos de proteção individual (luvas de procedimentos, máscara e óculos);
- Analisar a cavidade oral para detectar qualquer alteração que demande maior cuidado durante a realização do procedimento;

Paciente com prótese dentária:

- Retirar a prótese dentária;
- Envolver a prótese em uma compressa limpa e reservá-la;
- Utilizar uma pinça com torunda de gaze embebida no antisséptico e passar na gengiva, de trás para frente, na parte interna e externa, na língua, no palato e na parte interna das bochechas, com movimentos de trás para frente;
- Repetir o procedimento quantas vezes for necessário;
- Solicitar, ao paciente, que cuspa o excesso de antisséptico na cuba ou realizar aspiração da cavidade oral;
- Realizar a escovação da prótese com escova e creme dental ou antisséptico, e o enxágue com água corrente na pia do banheiro ou na cuba;
- Ajustar a prótese dentária na cavidade oral do paciente;
- Hidratar os lábios com o AGE/TCM, conforme a orientação do enfermeiro;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar a escova de dentes, secá-la e guardá-la, protegida em compressa limpa, junto ao material de higiene do paciente;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Organizar e desprezar os materiais adequadamente;
- Higienizar a mesa auxiliar com álcool a 70%;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Registrar em formulário de Registro de Cuidados e checar procedimento na prescrição.

Paciente sem prótese dentária:

- Utilizar a pinça com torunda de gaze seca para facilitar a exposição (utilizando como afastador) dos locais a serem limpos e remover possíveis resíduos durante a escovação;
- Escovar, com cuidado, os dentes do paciente, de modo a limpar e remover a placa bacteriana;
- Segurar a escova contra os dentes, com as cerdas em um ângulo de 45° e, então, mover as cerdas da escova com movimentos, desde as gengivas até as coroas dos dentes (aproximadamente 20 repetições, na parte interna e externa de cada dente);
- Limpar as superfícies mordentes da arcada superior e inferior, movimentando a escova de um lado para outro com movimentos curtos (aproximadamente 20 vezes);
- Realizar a limpeza da língua, com escovação suave, em sentido da base, para a ponta da língua (03 movimentos);
- Utilizar copo plástico com água para enxaguar a escova entre os momentos de escovação;
- Solicitar, ao paciente, que cuspa o excesso de antisséptico na cuba ou realizar aspiração da cavidade oral, para evitar microaspiração;
- Passar o fio dental entre os dentes, quando disponível;
- Hidratar os lábios com o AGE/TCM, conforme a orientação do enfermeiro;
- Lavar a escova de dente, secá-la e guardá-la, protegida em compressa limpa, junto ao material de higiene do paciente;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Organizar e desprezar os materiais utilizados adequadamente;
- Higienizar a mesa auxiliar com álcool a 70%;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Registrar e checar procedimento realizado. Registrar em formulário de Registro de Cuidados e checar o procedimento na prescrição;

Observações:

- Comunicar ao enfermeiro, se o paciente apresentar alterações durante o procedimento;
- Atentar e comunicar, imediatamente, sinais de aspiração ou desconforto ventilatório;
- A higiene oral deverá ser feita três vezes ao dia (T, N e M), preferencialmente, após as refeições;
- Nos casos dos pacientes inconscientes que utilizam prótese dentária, esta deve ser retirada, limpa e entregue ao familiar ou ao responsável, evitando, assim, sua perda;
- Comunicar ao enfermeiro e protocolar a entrega da prótese ao familiar ou ao responsável pelo paciente;
- Em caso de avulsão dentária, guardar a peça dentária, identificar com etiqueta do paciente e entregar para o responsável. Comunicar ao enfermeiro e registrar no prontuário;

- Caso ocorram sangramentos na cavidade oral, registrar no prontuário, comunicar ao enfermeiro e observar o sangramento cessar;
- A solução de clorexidina oral 0,12% é indicada para uso, 2 vezes ao dia, nas demais higienizações orais, utilizar enxaguatório bucal ou água;
- Solicitar, ao paciente e /ou familiar, o fornecimento de materiais para higiene oral, na inviabilidade do fornecimento, solicitá-los à Farmácia;

Resultado Esperado:

- Proporcionar conforto e bem-estar ao paciente;
- Reduzir a formação de placa bacteriana e da halitose na cavidade oral;
- Prevenir infecções.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP e treinamento de 100% da equipe de enfermagem;
- Capacitações periódicas para a equipe;
- Revisão periódica bianual do POP.

Referências:

BAPTISTA, G. L. **Fundamentos e técnicas de enfermagem**. 4. ed. Novo Hamburgo : Feevale, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerencia Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-81cfccf9220c373>. Acesso em: 5 out. 2018.

CARMAGNANI, Maria I. S.; *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner e Suddarth** : tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SILVEIRA, Isa R; Oral hygiene: a relevant practice to prevent hospital pneumonia critically ill patients. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v.23. n 5. p 697-700, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/en_18.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

Elaborado por: Eva Julia de Oliveira, Isabel Bastos e Cecília Biasibetti Soster.

4.4.3 POP Higiene Oral em Pacientes em Ventilação Mecânica

Tarefa: HIGIENE ORAL EM PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA	Número: 05/2018
	Data: 10/2018
	Revisão prevista: 10/2020
Responsável: Técnico de Enfermagem.	
Conceito: <p>A higiene oral consiste na redução da microbiota da cavidade oral através da remoção mecânica dos resíduos, com ou sem, o uso de solução antisséptica. É tida como uma parte importante do processo de higiene corporal do paciente, torna-se ainda mais relevante nos pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (SILVEIRA <i>et al.</i>, 2010; HINKLE; CHEEVER, 2017).</p> <p>A microbiota da cavidade oral é composta por, aproximadamente, 300 espécies de bactérias. Em pessoas em processos patológicos, essa colonização sofre alterações. Essas bactérias estão associadas a 67% dos casos de pneumonia associada a ventilação mecânica (SILVEIRA <i>et al.</i>, 2010).</p>	
Justificativa: <p>O presente procedimento justifica-se frente ao número significativo de pneumonias relacionadas à ventilação mecânica. Dados apresentados por Camargo e Grinbaum (2006) associaram a redução da incidência de pneumonias em pacientes críticos aos cuidados de higiene oral, como evidência de alta relevância (nível de evidência IA). Concluem que, independentemente do tipo de intervenção adotada, os cuidados de higiene oral consistem em uma medida de prevenção para pneumonia.</p>	
Local: Sala de Urgências.	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none">- Pacote de higiene oral (pinça, cuba redonda e gaze);- Solução de clorexidina 0,12%;- Uma escova de dente (com cabeça pequena e cerdas macias que reduzem o risco de traumatismo e sangramento) – disponível na Farmácia da UPA;- Abaixador de língua e gazes (na indisponibilidade de escova de dente);- Uma sonda de aspiração nº 12 ou 14;- Sistema de aspiração funcionante (válvula de aspiração, frasco e cilindro ou saída de ar comprimido);- AGE ou TCM (quando prescrito ou orientado pelo enfermeiro);- Uma compressa limpa;- Copo plástico descartável;- Cuffômetro;	

- EPI's - luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara descartável;
- Mesa auxiliar.

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009) e Baptista (2017):

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e vestir equipamentos de proteção individual;
- Conferir a pulseira de identificação do paciente para certificar-se de que se trata do paciente certo;
- Comunicar, ao paciente, o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente, mantendo cabeceira elevada (de 30 a 45°), a menos que seja contraindicado;
- Verificar a medida da comissura labial (TOT) e a pressão do cuff para assegurar que o tubo endotraqueal esteja fixado adequadamente e evitar a extubação acidental e microaspirações;
- Analisar a cavidade oral para detectar qualquer alteração que demande maior cuidado durante a realização do procedimento, evitando lesões, traumas e sangramentos;
- Colocar compressa limpa sobre o tórax do paciente e fazer a aspiração traqueal e oral antes de iniciar a higiene oral;
- Higienizar as mãos novamente e dispor o material necessário na mesa auxiliar, que deve estar próxima ao leito;
- Colocar 20 ml da solução de clorexidina 0,12% dentro da cuba redonda e umidificar a escova de dente;
- Utilizar a pinça com torunda de gaze seca para facilitar a exposição (utilizando como afastador) dos locais a serem limpos e remover possíveis resíduos durante a escovação;
- Escovar com cuidado os dentes do paciente, de modo a limpar e remover a placa bacteriana;
- Segurar a escova contra os dentes, com as cerdas em um ângulo de 45° e, então, mover as cerdas da escova com movimentos de escovação, desde as gengivas até as coroas dos dentes (aproximadamente 20 movimentos, na parte interna e externa de cada dente);
- Limpar as superfícies mordentes da arcada superior e inferior, movimentando a escova, de um lado para outro, com movimentos curtos;
- Realizar a limpeza da língua, com escovação suave, em sentido da base para a ponta da língua (três movimentos são suficientes);
- Entre os momentos de escovação, utilizar cuba/copo plástico com água para enxaguar a escova;
- Retirar excesso de solução e resíduos que eventualmente podem ter ficado na cavidade oral com torunda de gaze seca;
- Avaliar necessidade de aspiração de líquidos residuais ou secreção ao término do procedimento para evitar microaspiração;
- Certificar-se de que a comissura labial do tubo endotraqueal não foi alterada e que o tubo

continua bem fixado;

- Finalizar o procedimento, hidratando os lábios do paciente com óleo mineral ou TCM, conforme avaliação do enfermeiro;
- Desprezar o material de forma adequada, enxaguar a escova de dente com água corrente abundante, secá-la e guardá-la (protegida com saco plástico e identificada) junto ao material de higiene do paciente;
- Realizar a desinfecção da mesa auxiliar com álcool 70%;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em formulário de registro de cuidados e checar procedimento realizado.

Observações:

- A escovação dentária com uso de antisséptico deverá ser realizada 2 vezes ao dia (08 e 20 horas), e a higiene oral com torunda de gaze, 2 vezes ao dia (14 e 02 horas);
- A pressão do cuff do tubo orotraqueal ou da cânula de traqueostomia deve estar entre 25 e 30 cmH²O;
- Evitar extubação acidental, pois a reintubação está associada com o risco de PAV devido ao aumento do risco de aspiração de patógenos da orofaringe para as vias aéreas baixas.

Resultado Esperado:

- Reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente, evitar a contaminação do trato respiratório inferior;
- Controlar o biofilme na cavidade bucal;
- Diminuir os riscos de infecção respiratória, devido ao conteúdo presente na cavidade bucal;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao paciente.

Ações Corretivas:

- Divulgação do POP;
- Capacitação da equipe de enfermagem em sua totalidade;
- Revisão do POP e capacitações periódicas da equipe de enfermagem.

Referências:

BAPTISTA, G. L. **Fundamentos e técnicas de enfermagem**. 4. ed. Novo Hamburgo : Feevale, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerencia Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde. **Medidas de prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>. Acesso em: 05/10/2018.

CAMARGO, Luis F. A; GRINBAUM, Renato S.; Sociedade Paulista de Infectologia. **Diretrizes Sobre Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)**. Office: São

Paulo, 2006. Disponível em:
<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002333b7Xqvm.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

CARMAGNANI, Maria I. S.; *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner e Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SILVEIRA, Isa R; *et. al.* Oral hygiene: a relevant practice to prevent hospital pneumonia critically ill patients. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v.23. n 5. p 697-700, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/en_18.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

Elaborado por: Eva Julia de Oliveira, Isabel Bastos e Cecília Biasibetti Soster.

4.4.4 POP Higiene Corporal

Tarefa: <p style="text-align: center;">HIGIENE CORPORAL</p>	Número: 08/2018
	Data: 08/2018
	Revisão prevista: 08/2020
Responsável: <p style="text-align: center;">Equipe de Enfermagem.</p>	
Conceito: <p>A higiene corporal é um conjunto de cuidados que se deve ter com o corpo para ter melhores condições de vida, manutenção da integridade física, bem-estar, relaxamento, conforto e saúde mental. Estimula a circulação, oportuniza exercícios ativos/passivos, viabiliza a inspeção corporal e oportuniza a educação para a saúde (SOUZA, 2016).</p>	
Justificativa: <p>O presente instrumento justifica-se pela necessidade de garantir o bem-estar e segurança do paciente, sendo o banho um importante agente no alcance desses objetivos, além de contribuir para o controle da proliferação e disseminação de agentes patógenos e promover um momento para avaliação e cuidado integral ao paciente.</p>	
Local: <p style="text-align: center;">Sala de Observação, Anexo, Isolamentos e Sala de Urgências.</p>	
Material Necessário: <ul style="list-style-type: none"> - Luvas de procedimentos; - Biombos (se necessário); - Hamper com saco plástico; - Jarro com água morna; - 2 bacias (em caso de banho no leito); - Sabonete líquido ou Clorohexidina a 4%; - Xampu e condicionador (quando necessário e disponível); 	

- Compressas;
- Toalhas (quando disponível);
- Roupas de camas;
- Camisola ou pijama;
- Fralda descartável (se necessário);
- Travesseiros e/ou coxins (quando disponível);
- Escova de cabelo/ pente/ desodorante;
- Escova dental ou espátula com creme dental, antisséptico bucal;
- Cadarço, se necessário.

Descrição das atividades, segundo Carmagnani (2009), Viana (2010) e Nettina(2016):

Higiene corporal no leito em pacientes dependentes:

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Certificar que o paciente não está recebendo dieta no momento;
- Se ele estiver consciente, explicar o procedimento e confirmar a aceitação;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao leito do paciente;
- Promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto, janelas e cortinas;
- Verificar a temperatura da água;
- Colocar os EPI´s conforme necessidade;
- Abaixar as grades da cama;
- Higienizar o cabelo e couro cabeludo (se o paciente não dispor de materiais de higiene, utilizar sabonete neutro), enxaguar com água, secar com uma toalha e pentear os cabelos;
- Realizar a tricotomia facial ou fornecer material para fazê-la quando necessário;
- Realizar ou auxiliar na higiene oral conforme nível de dependência do paciente;
- Realizar higiene ocular com gaze umedecida com SF 0,9%;
- Lavar o rosto, as orelhas e o pescoço, com água e sabonete, enxaguar com água e secar;
- Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando esses dispositivos;
- Higienizar as mãos e trocar as luvas de procedimento;
- Desamarrar o lençol da cama;
- Retirar as roupas e a fralda do paciente;
- Realizar a higiene corporal sempre da mesma forma, em cada parte do corpo;

- Utilizar compressa com água morna e sabonete, em seguida, enxaguar e secar;
- Ao lateralizar o paciente, higienizar o dorso e as nádegas;
- Higienizar a região perineal, a higiene íntima deve ser a última a ser realizada;
- Cobrir o paciente, com um lençol, ao término de cada região higienizada, para evitar exposição;
- Higienizar as mãos e trocar as luvas de procedimento;
- Virar o paciente em decúbito lateral;
- Retirar a metade do lençol sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente;
- Colocar um lençol limpo conforme técnica (o lençol deve ser estendido no sentido do paciente, com o lençol móvel na região do quadril, estando enrolado e sendo estendido conforme for retirando o lençol sujo);
- Mudar o decúbito do paciente;
- Retirar a outra metade do lençol e desprezar no hamper;
- Realizar a limpeza do colchão com álcool 70%;
- Finalizar a troca do lençol, esticando as bordas, de modo que não fiquem dobras sob o paciente, amarrando suas pontas para não sair do lugar;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Hidratar a pele do paciente;
- Vestir o paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável, utilizar travesseiros e/ou coxins para posicionar o paciente no decúbito mais adequado. Colocar protetores de calcâneos, se necessário;
- Cobrir o paciente com o lençol, se necessário;
- Elevar as grades da cama;
- Recolher o material e levar ao expurgo, desprezar em lixo apropriado ou organizar em local adequado;
- Durante o procedimento, atentar para quando desprezar roupas sujas, que isso seja feito no hamper e não no chão;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar em formulário de registro de cuidados o procedimento e anormalidades detectadas se ocorrerem;

Banho de aspersão em pacientes semidependentes:

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;

- Higienizar as mãos;
- Certificar-se de que o paciente não está recebendo dieta no momento;
- Explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
- Reunir o material e levar ao banheiro;
- Promover a privacidade do paciente, fechando portas e janelas;
- Colocar os EPI's conforme necessidade e condições do paciente;
- Encaminhar o paciente ao banheiro;
- Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
- Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- Iniciar o banho e, se a situação permitir, deixar o paciente sozinho;
- O banho deve ser realizado SEMPRE com o paciente sentado;
- Enxugar ou ajudar o paciente a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho;
- Vestir e pentear o paciente caso não consiga fazê-lo sozinho;
- Se o paciente consentir, realizar a tricotomia facial;
- Conduzir o paciente ao seu leito, colocando-o em posição confortável. Arrumar a unidade do paciente e deixá-la em ordem;
- Solicitar, à higienização, a realização da limpeza do banheiro;
- Higienizar as mãos;
- Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando esses dispositivos;
- Registrar em formulário de registro de cuidados o procedimento e anormalidades detectadas se ocorrerem;
- Elevar a grade da cama, sempre que necessário.

Banho de aspersão em pacientes independentes:

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Explicar o procedimento ao paciente e confirmar a aceitação;
- Reunir o material e as roupas e entregá-los ao paciente;
- Proteger acessos venosos com curativo com plástico;
- Promover a privacidade do paciente, fechando portas e janelas;
- Encaminhar o paciente ao banheiro;

- Abrir o chuveiro, regular a temperatura da água e orientar o paciente sobre o manuseio da torneira;
- Ajudar o paciente a se despir, caso não consiga fazer sozinho;
- Iniciar o banho e, se a situação permitir, deixar o paciente sozinho;
- Auxiliar o paciente a vestir-se quando necessário;
- Se o paciente consentir, realizar ou fornecer material para a tricotomia facial;
- Conduzir o paciente ao seu leito, colocando-o em posição confortável na cadeira;
- Arrumar o leito e deixar a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos;
- Trocar as fixações da SNE, TOT ou traqueostomia, caso o paciente esteja utilizando esses dispositivos;
- Elevar as grades da cama, se necessário;
- Solicitar a higienização do banheiro.
- Registrar em formulário de registro de cuidados o procedimento e anormalidades detectadas se ocorrerem.

Observações, segundo Prado (2013) e Taylor (2014):

- Ao constatar qualquer anormalidade ou intercorrência, o enfermeiro deve ser imediatamente comunicado;
- Durante o procedimento, devem ser observadas as condições da pele e das proeminências ósseas, para a prevenção de lesão, registrar no prontuário do paciente e instituir medidas de prevenção;
- Sempre que necessário, despreze a água da bacia no expurgo, higienize bacia e troque as luvas de procedimento;
- Se o paciente for idoso, evitar fricção, pois a pele é mais suscetível à lesão;
- Sempre que o paciente tiver condições, estimular o autocuidado;
- No momento da higienização de mãos e pés, aproveite para cuidar das unhas;
- Após o término do banho no leito, realizar limpeza concorrente do leito, nos mobiliários e nos equipamentos;
- Todos os curativos e fixações devem ser trocados, conforme orientação do Grupo de Pele, no momento do banho;
- Na presença de acompanhante, estimular que este auxilie no cuidado quando o próprio paciente está incapacitado de fazê-lo;

Resultado Esperado:

- Promover higiene e conforto do paciente;
- Manter a integridade cutânea.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica do POP.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NETTINA, Sandra M (Org.). **Prática de enfermagem.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PRADO, ML; GELBCKE, FL. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem.** Florianópolis : Ed. Progressiva, 2013.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem.** Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-de-Souza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf. Acesso em: 7 ago. 2018.

TAYLOR C. *et al.* **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VIANA, Dirce L. **Boas práticas de enfermagem.** São Paulo: Yendis, 2010.

Elaborado por: Eva Julia de Oliveira e Isabel Bastos.

4.4.5 POP Higiene Perineal

Tarefa: HIGIENE PERINEAL	Número: 21/2019
	Data: 15/03/2019
	Revisão prevista: 03/2021
Responsável: Equipe de Enfermagem.	
Conceito: A higiene perineal consiste em um conjunto de cuidados que se deve ter com o corpo para ter melhores condições de vida e manutenção da integridade física em pessoas em uso de fraldas ou acamados. Promove bem-estar, relaxamento e conforto. É um momento importante para avaliação da pele e prevenção de lesões (PRADO, 2013).	
Justificativa: O presente instrumento justifica-se pela necessidade de garantir o bem-estar e segurança do paciente. Destinada a pacientes dependentes, contribui para o controle da proliferação e disseminação de agentes patógenos e promover um momento para avaliação e para cuidado	

integral ao paciente.

Local:

Sala de Observação, Isolamentos e Sala de Urgências.

Material Necessário:

- Luvas de procedimentos;
- Biombos (se necessário);
- Hamper com saco plástico;
- Jarro com água morna;
- 1 bacia;
- Sabonete líquido;
- Compressas;
- 1 lençol;
- Fralda descartável.

Descrição das Atividades, segundo Carmagnani (2009), Viana (2010) e Nettina (2016):

- Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Certificar-se de que o paciente não está recebendo dieta no momento;
- Se o paciente estiver consciente, explicar o procedimento e confirmar a aceitação;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao leito do paciente;
- Promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto, janelas e cortinas;
- Verificar a temperatura da água;
- Colocar os EPI´s conforme necessidade;
- Abaixar as grades da cama;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e baixar a cabeceira (conforme tolerância do paciente);
- Retirar as roupas e a fralda do paciente;
- Realizar a higiene na parte anterior do períneo, tracionando o prepúcio, para higienização do pênis nos pacientes masculinos e em pacientes femininos, afastando os grandes lábios para higienizar a vulva;
- Utilizar compressa com água morna e sabonete, em seguida, enxaguar e secar;
- Ao lateralizar o paciente, higienizar as nádegas;
- Cobrir o paciente com um lençol, ao término de cada região higienizada, para evitar

exposição;

- Higienizar as mãos e trocar as luvas de procedimento;
- Retirar a metade do lençol móvel sujo, enrolando-o de modo a passar por baixo do paciente;
- Posicionar o lençol limpo, junto com a fralda a ser colocada;
- Colocar um lençol móvel limpo conforme técnica (na região do quadril, estando enrolado e sendo estendido conforme for retirando o lençol sujo);
- Lateralizar o paciente para o lado oposto;
- Retirar a outra metade do lençol móvel e desprezar no hamper;
- Finalizar a troca do lençol móvel, esticando as bordas, de modo que não fiquem dobras sob o paciente;
- Hidratar a pele do paciente e/ou aplicar produtos prescritos;
- Vestir a fralda paciente;
- Deixar o paciente em posição confortável e utilizar travesseiros e/ou coxins para posicionar o paciente no decúbito mais adequado. Colocar protetores de calcâneos, se necessário;
- Cobrir o paciente com o lençol, se necessário;
- Elevar a grade da cama e posicionar a cabeceira entre 30 e 45°;
- Recolher o material e levar ao expurgo, desprezar em lixo apropriado ou organizar em local adequado;
- Durante o procedimento, atentar para quando desprezar roupas sujas, para que isso seja no hamper e não no chão;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar em formulário de registros de cuidados o procedimento realizado e as anormalidades detectadas, se ocorrerem.

Observações, segundo Prado (2013) e Taylor (2014):

- A higiene perineal deve ser realizada, NO MÍNIMO, 1 vez ao turno em pacientes em uso de fraldas, devendo ser repetida sempre que necessário;
- O técnico de enfermagem é responsável por organizar esse procedimento ao longo do seu turno de trabalho;
- Ao constatar qualquer anormalidade ou intercorrência, o enfermeiro deve ser imediatamente comunicado;
- Durante o procedimento, devem ser observadas as condições da pele e das proeminências ósseas, para a prevenção de lesão, registrar no prontuário do paciente e instituir medidas de prevenção;

- Sempre que necessário, despreze a água da bacia no expurgo, higienize bacia e troque as luvas de procedimento;
- Se o paciente for idoso, evitar fricção, pois a pele é mais suscetível à lesão;
- Sempre que o paciente tiver condições, estimular o autocuidado;
- Na presença de acompanhante, estimular que este auxilie no cuidado quando o próprio paciente está incapacitado de fazê-lo;

Resultado Esperado:

- Promover higiene e conforto do paciente;
- Manter a integridade cutânea.

Ações Corretivas:

- Aplicação do POP;
- Treinamentos periódicos com as equipes;
- Revisão periódica do POP.

Referências:

CARMAGNANI, Maria I. S. *et. al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NETTINA, Sandra M (Org.). **Prática de enfermagem**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PRADO, M. L; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis : Progressiva, 2013.

TAYLOR C. *et. al*; **Fundamentos de enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VIANA, Dirce L. **Boas práticas de enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2010.

Elaborado por: Cecília Biasibetti Soster.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando estar em conformidade com as exigências do COFEN, foi criado o GT SAE da UPA Moacyr Scliar. Como já citado anteriormente, o objetivo desse grupo é a busca por qualificação técnica e o alinhamento da prática com os preceitos teóricos.

Durante o período de construção das rotinas, foram apontadas melhorias para o processo de trabalho. Essa experiência trouxe, à equipe de técnicos de enfermagem, a oportunidade de contribuir de forma efetiva nesse processo, que tem suas peculiaridades.

Vale salientar que é um processo de educação continuada e deve-se buscar o aperfeiçoamento através de uma revisão periódica, no intuito de adequar as rotinas para responder ao perfil do serviço e às necessidades dos usuários.

Na visão da equipe de técnicos de enfermagem que compõem esse GT, a busca por aperfeiçoamento e qualificação trará melhores resultados no que diz respeito à segurança na assistência, na qualificação profissional e, por fim, na satisfação dos usuários do serviço.

Considera-se importante ressaltar que a qualidade dos processos de trabalho tem estreita relação com a distribuição ampla das informações aqui reunidas, considerando que, embora embasados no referencial teórico, os POPS têm suas limitações, devendo ser empregados a partir de constante avaliação e acompanhamento gerencial, com revisões periódicas que objetivam minimizar os riscos de se produzir processos de trabalho improdutivos e desestimulantes (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009).

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Cristiane Moraes *et al.* A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 134-135, mar.-abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a07.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.
- BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS** : O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 27 jul. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-358/2009 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 27 mai. 2019.
- CORRÊA, Daniel Lenz Faria *et al.* Unidade de Pronto Atendimento como dispositivo facilitador da reorganização de demanda do serviço de emergência. *In*: JOTZ, Geraldo Pereira *et al.* **Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018. p. 204-211,
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Código de ética e conduta Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9683.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.
- LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor**: uma abordagem ao processo de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill; **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2.ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

PEIXOTO, Adriano de Lemos Alves *et al.* **Manual de elaboração de procedimentos operacionais e instruções de trabalho da universidade federal da Bahia**. Salvador: EDUFBA, 2015. *E-book*. Disponível em: <http://www.supad.ufba.br/sites/supad.ufba.br/files/manualsupaditspos.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.

SALES, Camila Balsero *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF**, v. 71, n. 1, p. 126-134. jan.-fev. 2018. [Disponível em: Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):126-34. Acesso em: 25 dez. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . V Diretrizes de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 7 ago. 2018.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; EVORA, Yolanda Dora Martinez. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 937-943, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A. M. SAE: **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático.I. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e organização do serviço**. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ZANON, Lubieska R; ZANIN, Luciane; FLÓRIO, Flávia M. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. RGO: **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.64, n.4, p.411-418, out/dez, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720160003000073043>. Acesso em: 26 set. 2017.



100%
SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

