



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO



ANO 2012

U
T
I

A
D
U
L
T
O

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA UTI DE ADULTO

São Paulo
JUNHO/2012
2ª EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Núcleo de Qualidade

Diagramação:

Núcleo de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi

Tatiana Zacariotti de Freitas

Foto Capa:

Rubens Gazeta

Coleção Protocolos HMEC 2012

© 2012 - Departamento Técnico

Hospital Municipal e Maternidade Escola

Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100

CEP: 02720-200 – São Paulo – SP

Telefone: 3986-1051

Site:

www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/

E-mail de contato: hmvncassessoriaqualidade@prefeitura.sp.gov.br

Gilberto Kassab
Prefeito da Cidade de São Paulo

Januario Montone
Secretário Municipal da Saúde

Pedro Alexandre Federico Breuel
Diretor de Departamento Técnico - HMEC

ORGANIZAÇÃO
Juliana Lucia Micalli
Encarregada de Enfermagem da UTI de Adulto

REVISÃO
Eliana Claudino de Lima
Enfermeira do Núcleo de Qualidade

Maria Lucimar Fernandes de Souza
Enfermeira do Comitê de Risco



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados a atividade de enfermagem na UTI Adulto do HMEC

Disponível:

<input type="checkbox"/> Admissão PS	<input checked="" type="checkbox"/> Comitê de Risco	<input type="checkbox"/> Internação de Adultos e Hospital Dia	<input type="checkbox"/> Recepção para Internação
<input type="checkbox"/> Agendamento/	<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Logística de Produtos para Ass. Hospitalar	<input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador
<input type="checkbox"/> Alojamento	<input type="checkbox"/> Contabilidade	<input type="checkbox"/> Medicina Natural e Práticas Complementares	<input type="checkbox"/> Serviços Técnicos
Conjunto	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imagem	<input type="checkbox"/> Nutrição	<input type="checkbox"/> Multidisciplinares
<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Educação Continuada	<input type="checkbox"/> Ouvidoria	<input type="checkbox"/> Suprimentos
<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> Engenharia	<input type="checkbox"/> Patrimônio	<input type="checkbox"/> Tecnologia da Informação
<input type="checkbox"/> Arquivo	<input type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa	<input type="checkbox"/> Pré-parto	<input type="checkbox"/> Tráfego
<input type="checkbox"/> Auditoria de Prontoário	<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/> Pronto Socorro	<input type="checkbox"/> Internação Neonatal
<input type="checkbox"/> Banco de Leite	<input type="checkbox"/> Faturamento	<input type="checkbox"/> Protocolo e Autuação	<input checked="" type="checkbox"/> UTI Adulto
<input checked="" type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> Gestão de Pessoas	<input checked="" type="checkbox"/> Qualidade	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Casa da Gestante	<input type="checkbox"/> Hotelaria		
<input type="checkbox"/> CCO / CMAT / REC	<input type="checkbox"/> Imunização		

ELABORADO POR:

Nome: Juliana Lucia Micalli

Função: Encarregada de Enfermagem da UTI Adulto

Data de Emissão:
JANEIRO/2010

Revisão nº 1

Data de Revisão:
JUNHO/2012

APROVADO POR:

Nome: Ana Paula Sper Santiago

Função: Gerente de Enfermagem



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2012

O Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, que tem sob sua responsabilidade o atendimento à saúde perinatal e da mulher, em geral, de sua área de influência, em especial Zona Norte da Cidade de São Paulo, tem procurado ao longo dos seus 40 anos de existência propiciar às pacientes aqui atendidas a melhor qualidade possível dentro do amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, a Maternidade Cachoeirinha tornou-se um marco em nossa cidade.

Não bastassem esses aspectos, uma outra importante faceta a distingue, qual seja, a de elaboração de Manuais, contendo Protocolos de condutas destinados a responder à diversidade dos problemas das pacientes por nós atendidas.

Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de Saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária. São os Protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa.

Contudo, a elaboração de tais Protocolos que compõem os Manuais, deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da Medicina Baseada em Evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se tornem realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento às pacientes segundo as boas práticas de Saúde.

Queremos agradecer a toda a equipe que arduamente trabalhou na elaboração destes Protocolos, procurando usar a criatividade individual associada à cultura institucional no sentido de representar um aprimoramento na nossa área de trabalho que estamos sempre buscando.

Temos também a certeza de que estes Manuais não serão os últimos. Sempre haverá sugestões, novas incorporações, que farão um moto contínuo de novas publicações. Mas certamente também temos a convicção de que estes são o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.

Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel – Diretor de Departamento Técnico do HMEC



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2008

A arte médica desde seu início tem como principal objetivo não apenas a cura, mas também o cuidar.

O termo "obstetrícia" vem da palavra latina "obstetrix", que é derivada do verbo "obstare" (ficar ao lado). Ficar ao lado de quem sofre é importante, pois a proximidade do ser humano é terapêutica. A indelicadeza no trato do ser advém da ignorância e do desconhecimento, em que as pessoas se escondem atrás de uma atitude pouco acolhedora para ocultar suas inseguranças. A humildade, o entendimento, a paciência, o carinho e o amor são qualidades imprescindíveis para o ser Médico.

O conhecimento evolui com enorme velocidade, cada vez mais observamos na Medicina a transitoriedade de suas verdades e conceitos. O profissional médico que se formava 20 anos atrás, se não mantivesse contato com os novos trabalhos, apresentava um tempo médio de desatualização de 5 a 8 anos, hoje é necessário pouco mais de 2 anos para que isso aconteça. Tudo isso graças à grande demanda de trabalhos científicos, troca de experiências, enorme facilidade de acesso e divulgação da informação. Porém, criou-se a partir daí um outro problema: com tanta informação como separar o que é bom do que não o é?

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha tem em seu nome um dos principais objetivos desta instituição: o ensino. E não somente o ensino como transmissão de conhecimento, mas fundamentalmente como formação do ser Médico em sua integralidade na forma mais holística de seu entendimento: caráter, comportamento humanístico e relação médico/paciente. A integração de todas as áreas (a médica, para-médica, administrativa e comunitária) sumariza a idéia de que para crescermos e nos conhecermos melhor, a participação de todos é fundamental. A Instituição é o Todo, sendo nosso começo, meio e fim principal.

Este manual vem coroar estas idéias, na busca desta integração e na efetividade da mesma. A atualização do manual tem por objetivos a revisão das informações, a democratização do acesso a essas e a homogeneização do conhecimento para todos aqueles que vivem a instituição, em especial aos médicos residentes e aos acadêmicos das várias escolas que aqui fazem seus estágios, sendo útil, também, a todos que tiverem interesse na busca da atualização de seus conhecimentos. E, por fim, gostaria de salientar, enaltecer e agradecer às equipes médicas e não médicas que escreveram e que organizaram a edição final deste manual para impressão. Muito obrigado! A nossa Instituição agradece.

Dr. Carlos Alberto Ruiz – Diretor de Departamento Técnico do HMEC – 2008 - 2011



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC - 2007

O Artigo 196 da Constituição de 1988 garante a todo cidadão o direito à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. A regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Lei 8.080, de 19/09/90, foi um desdobramento desse princípio constitucional, e sua implantação vem sendo orientada pelas chamadas Normas Operacionais (NOB 1991, 93 e 96; NOAS 2001 e 02; Pacto pela Saúde, de 2006).

A Regulação Estatal sobre o Setor Saúde, comumente conhecida apenas como “Regulação”, surge como uma estratégia de gestão do SUS através dessas normas. Entre outras modalidades de Regulação, a NOAS 1991 colocou em pauta a Regulação Assistencial. Os Complexos Reguladores Assistenciais são estruturas que congregam um conjunto de ações regulatórias do acesso à assistência e constituem-se das Centrais de Regulação e dos Protocolos Assistenciais. Vale ressaltar que a Central de Regulação é uma ferramenta-meio cujo desempenho está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, que por sua vez também depende da existência e da execução de bons Protocolos Assistenciais.

Os Protocolos Assistenciais são divididos em Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso. Os Protocolos Clínicos são “recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas”. (DENASUS, MS). Os Protocolos de Regulação do Acesso “são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial”. Esse é o contexto que confere a real dimensão e o relevante significado deste trabalho técnico coletivo que ora vem à luz sob forma da COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007, fruto estratégico da Gestão do Conhecimento Organizacional aliada aos talentos, competências e brilhantismos individuais dos profissionais que nela trabalham.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 conta com a indispensável e brilhante participação dos coordenadores científicos, diretores e gerentes das unidades assistenciais, de diversas profissões da saúde, nos volumes dedicados às respectivas especialidades da atividade-fim do hospital. Além disso, foi acrescida a valiosíssima contribuição dos diretores e gerentes das áreas administrativas, com volumes dedicados às rotinas que dão andamento eficiente aos processos das atividades-meio, garantindo o suporte necessário à realização de uma assistência clínica e cirúrgica de alta qualidade ao cliente-cidadão.

A COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 é uma importante ferramenta para a regulação da qualidade da assistência, não apenas no sentido do padrão técnico-científico do atendimento dispensado, mas também quanto à eficiência e eficácia dos processos administrativos internos e principalmente quanto à equidade no acesso aos serviços hospitalares. Por isso foi opção desta gestão delegar a coordenação do projeto COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2007 à Dra. Maria Lúcia Bom Ângelo, nossa Assessora de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a quem creditamos o merecido reconhecimento por ter cumprido competentemente mais esta árdua tarefa.

Dr. José Carlos Riechelmann - Diretor Geral do HMEC 2001 - 2007



PREFÁCIO DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM - 2012

É com muito orgulho e entusiasmo que faço parte deste trabalho.

Hoje a Enfermagem é considerada uma ciência, a “Ciência do Cuidar”. Não podemos falar em cuidados sem termos em mente a responsabilidade técnica e a humanização que os abrangem.

Em prol disto, com notável embasamento científico, as encarregadas de enfermagem do HMEC, juntamente com a equipe da Qualidade e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, desenvolveram esta “Bíblia do Cuidar”.

Espero que todos os cuidadores desta Maternidade tenham o prazer de compartilhar e usufruir deste trabalho conosco e, conseqüentemente, prestar assistência de enfermagem com coerência e qualidade. Assim, garantiremos cada vez mais a excelência na “Arte de Cuidar”.

Ana Paula Sper Santiago – Gerente de Enfermagem do HMEC



PREFÁCIO DO ORGANIZADOR - 2012

A elaboração do Manual de UTI surgiu a partir da necessidade de padronizar as ações da equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Maternidade Escola “Dr Mario de Moraes Altenfelder Silva” Vila Nova Cachoeirinha. Este manual é o resultado do trabalho e da colaboração da equipe, que resultou em uma produção de qualidade. Acreditamos também, que com este manual poderemos auxiliar acadêmicos de enfermagem e futuros enfermeiros na área de Terapia Intensiva.

Atualmente, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao atendimento de doentes graves recuperáveis, e requer assistência médica, de enfermagem e de fisioterapia integralmente e especializada, com características de sempre estar buscando conhecimento, desenvolvimento de habilidades.

Este é o contexto que confere a real dimensão e o relevante significado deste trabalho técnico coletivo que ora vem à luz sob a forma de COLEÇÃO DE PROTOCOLOS HMEC 2012, fruto estratégico da Gestão do Conhecimento Organizacional aliada aos talentos, competências e brilhantismos individuais dos profissionais da casa. Com a elaboração deste documento de apoio, pretende-se transmitir algumas orientações, normas, protocolos, rotinas e procedimentos que se consideram úteis e necessários para o desenvolvimento normal da atividade de enfermagem, assim como permitir à quem é admitido, integrar-se na dinâmica de funcionamento desta Unidade. Uma maior uniformidade relativa à atuação da equipe de enfermagem, assim como a otimização dos recursos disponíveis, são outros dos objetivos que estão subjacentes à sua elaboração.

Este manual não está definitivamente elaborado, sendo alvo de atualização e remodelação sempre que a sua necessidade se faça sentir, necessitando para tal, do envolvimento de todos, por forma a melhorá-lo e torná-lo mais efetivo.

Juliana Lucia Micalli – Encarregada de Enfermagem da UTI Adulto do HMEC



SUMÁRIO

1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	01
1.1. Definição e Conceito.....	01
2. Planta Física.....	03
2.1. Localização.....	03
2.2. Número de Leitos.....	04
2.2.1. Quarto de Isolamento.....	04
2.3. Forma da Unidade e Disposição dos Leitos.....	04
2.4. Posto de Enfermagem.....	04
2.5. Expurgo.....	04
2.6. DML	04
2.7. Copa dos Funcionários.....	05
2.8. Confortos de Enfermagem e Médicos.....	05
2.9. Área de Espera de Visitantes.....	05
2.10. Regras para Visitantes.....	05
2.11. Módulo de Paciente.....	06
3. Ética de Enfermagem.....	07
3.1. Alguns Princípios Fundamentais do Código de Ética de Enfermagem.....	07
3.2. Algumas Responsabilidades.....	07
3.3. Alguns Deveres.....	07
3.4. A Unidade de Terapia Intensiva e a Ética em Enfermagem	07
4. Programa 5S – Qualidade Total.....	13
5. Humanização na Assistência de Enfermagem.....	15
6. A Dor na Assistência de Enfermagem: Uma Abordagem Humanizada.....	17
6.1. Ações da Enfermagem para o Controle da Dor na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto.....	19
7. Recursos Humanos.....	25
7.1. Deveres de Todos os Funcionários.....	25
7.2. Competências.....	26
7.2.1. Competências do Enfermeiro Encarregado do Diurno / Enfermeiro Supervisor do Noturno	26



7.2.2. Enfermeiro Assistencial.....	27
7.2.3. Auxiliar de Enfermagem.....	29
8. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).....	31
8.1. Rotina para Evolução de Enfermagem	32
9. Sistemas de Controle.....	35
9.1. Rotinas Administrativas.....	35
9.1.1. Solicitação de Farmácia Semanal.....	35
9.1.2. Solicitação de Almoxarifado	35
9.1.3. Solicitação e Devolução de Material da Central de Material Esterilizado.....	35
9.2. Controles de Materiais / Equipamentos /Medicamentos.....	36
9.2.1. Controle da Temperatura da Geladeira de Medicamentos	36
9.2.2. Controle da Checagem do Cardioversor e Carrinho de Emergência.....	37
9.2.3. Controle de Psicotrópicos	38
9.3. Rotinas Relacionadas à Internação.....	39
9.3.1. Fluxograma de Atendimento.....	39
9.3.2. Admissão de Pacientes.....	40
9.3.3. Transferência de paciente da Unidade de Terapia Intensiva.....	41
9.3.4. Transferência de Paciente para outra Instituição.....	43
9.3.5 Alta Hospitalar para Pacientes.....	44
9.3.6. Óbito.....	46
9.3.7. Preparação do Corpo Pós Morte.....	47
9.4. Rotinas Relacionadas á Procedimentos Técnicos com a Paciente.....	48
9.4.1. Administração de Hemoderivados.....	48
9.4.2. Reações Transfusionais.....	52
9.4.3. Extubação Programada.....	54
9.4.4. Cardioversão	56
9.5. Cateterismo de Veia Central.....	58
9.6. Sedação em Unidade Terapia Intensiva	62
9.6.1. Opióides (Analgésicos Narcóticos).....	62
9.6.2. Antagonista dos Opióides.....	63
10. Rotinas Relacionadas à Oxigenioterapia	65



10.1. Máscara de Nebulização.....	65
10.2. Cateter Nasal tipo Óculos.....	66
10.3. Oxigenioterapia com Máscara de Venturi.....	67
10.4. Ventilação por CPAP.....	70
10.5. Montagem e Instalação Ventilados Mecânicos	71
10.6. Auxílio na Intubação Orotraqueal	73
11. Rotinas Relacionadas à Nutrição	77
11.1. Nutrição Enteral.....	78
11.1.1. Técnica Cateterização Nasoenteral.....	79
11.1.2. Manutenção do Cateter Enteral.....	81
11.2. Nutrição Parenteral (NP).....	82
11.2.1. Administração da Nutrição Parenteral.....	84
12. Aferição de PVC (Pressão Venosa Central).....	87
13. Registro de Balanço Hídrico.....	91
14. Manuseio de Materiais Contaminados.....	93
15. Cuidados com a Traqueostomia.....	95
16. Verificação da Pressão Arterial Média – Invasiva.....	99
16.1. Teste de Allen.....	99
17. Risco para Úlcera de Pressão.....	103
17.1. Mudança de Decúbito.....	105
18. Prevenção de Flebite.....	107
19. Risco de Queda.....	109
20. Curativos	111
20.1. Curativos de Feridas Operatórias.....	111
20.2. Feridas Operatórias com Deiscência	113
20.3. Curativos de Inserção de Cateteres e Drenos.....	114
20.4. Troca de Curativo da Traqueostomia	116
20.5. Curativos em Ostomias (Íleoostomia e Colostomia).....	118
21. Controle da Diurese.....	121
21.1. Controle da Diurese em Pacientes com Irrigação Vesical	122
22. Instalação de Sistema de Drenagem de Tórax Fechada.....	123
23. Técnica de Esvaziamento do Sistema de Drenagem Torácica.....	125
24. Rotinas Relacionadas à Aspiração de Vias Aéreas.....	127
24.1. Aspiração com Sistema Aberto	127



24.2. Aspiração com Sistema Fechado	128
24.3. Troca de Acessórios Respiratórios	130
25. Troca/ Montagem do Circuito para Ventilação Mecânica Invasiva .	135
26. Escalas Utilizadas Na UTI.....	137
26.1. Escala de Braden (Avaliação do Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão)	137
26.2. Escala de Coma de Gasglow.....	138
26.3. Escala de Sedação de Ramsay.....	139
27. Limpeza da Unidade.....	141
27.1. Definições de Termos.....	141
27.2. Produtos de Limpeza.....	144
27.2.1. Conceitos.....	144
27.2.2. Produtos Utilizados.....	144
27.2.3. Periodicidade de Limpeza Unidade Terapia Intensiva - Adulto.....	145
27.3. Controle da Limpeza de Armários, Equipamentos e Gavetas.....	146
Referências Bibliográficas.....	147
Anexo I.....	151
Anexo II.....	157



1. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (U.T.I.)

Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto. A U.T.I. é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamentos capazes de assegurar um tratamento eficaz às doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato objetivando:

- Proporcionar às clientes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Reduzir a mortalidade e morbidade nas pacientes de médio e alto risco;
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e os equipamentos mais específicos.

1.1. DEFINIÇÃO E CONCEITO

Segundo a Portaria GM/MS/ n.1884, de 1994, que as UTI são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas. Caracteriza-se como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar. Uma UTI deve seguir requisitos estabelecidos na RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010, Portaria 3432 de 12 de agosto de 1998, RDC/ANVISA nº 50 de fevereiro de 2002, e segundo o



Parágrafo único, a infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.



2. PLANTA FISICA

Seguindo normas para projetos físicos de Estabelecimento Assistenciais de Saúde (E.A.S.) do Ministério da Saúde, 1995 e Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a organização física funcional de internação de paciente em regime de terapia intensiva nesta instituição procura abranger a todos os requisitos:

- Proporcionar condições de internar pacientes críticos em ambiente individuais e ou coletivos conforme grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade;
- Executar e registrar assistência médica e de enfermagem intensiva;
- Prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagem e terapêutico 24 horas;
- Manter condições de monitoramento e assistência respiratória contínua;
- Prestar assistência nutricional e distribuir alimentos aos pacientes;
- Manter pacientes com morte encefálica, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplantes, quando consentida.

2.1. LOCALIZAÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva - Adulto localiza-se próximo ao Bloco Cirúrgico (Centro Cirúrgico e Obstétrico, Recuperação Pós Anestésica, Pré-Parto, e Central de Material Esterilizado), próxima e de fácil acesso ao Laboratório de Análises Clínicas e Agência Transfusional,



2.2. NÚMERO DE LEITOS

A Unidade de Terapia Intensiva – Adulto, dispõe de 07 leitos, sendo 01 leito de isolamento com antessala.

2.2.1. Quarto de isolamento

Área com barreiras físicas, de níveis variáveis de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos.

2.3. FORMA DA UNIDADE E DISPOSIÇÃO DOS LEITOS

A disposição dos leitos de UTI é em área comum (tipo vigilância), o que proporciona observação contínua das pacientes, há separação dos leitos por divisórias laváveis a fim de manter uma relativa privacidade das pacientes, quando necessário.

2.4. POSTO DE ENFERMAGEM

Localiza-se próximo a entrada da unidade, de fácil acesso, com tamanho suficiente para acomodar todas as funções da equipe de trabalho destinada ao preparo de medicação, armazenamento de materiais, medicamentos e roupas limpas. Há uma pia para higienização das mãos, bancada e recipiente para perfurocortante,

2.5. EXPURGO

Composta por uma pia de lavagem com duas cúpulas, onde é realizada lavagem dos materiais utilizados, realiza-se o processo de lavagem de comadres, baldes e bacias utilizadas durante a higiene e banho no leito das pacientes. Os materiais que necessitam posterior esterilização são encaminhados à Central de Material Esterilizado (CME).



2.6. DML

Sala destinada a guardar materiais e soluções utilizadas na limpeza e desinfecção da unidade.

2.7. COPA DE FUNCIONÁRIOS

Área utilizada somente para pequenas refeições.

2.8. CONFORTOS DE ENFERMAGEM E MÉDICO

São duas salas interligadas à unidade, organizadas para prover um local privado, confortável e com ambiente para descanso para a equipe de enfermagem e médica, conforme Estatuto dos Funcionários Público do Município de São Paulo.

2.9. ÁREA DE ESPERA DE VISITANTES

Área próxima a Unidade de Terapia Intensiva.

2.10. REGRAS PARA VISITANTES

As pacientes internadas na unidade permanecerão sem acompanhantes. É permitido que 01 (uma) pessoa visite a paciente, não havendo a possibilidade de rodízio das visitas, apenas em casos exclusivos, onde a enfermeira preencherá a Autorização de entrada fora do horário de visitas (15 min.), sob a codificação D145.

É vedado ao visitante:

- Entrada de criança com idade inferior a 14 anos;
- Utilização de aparelho celular, pois os mesmos podem interferir na monitorização da paciente;
- Transitar pela unidade;
- Dirigir-se a outros leitos;
- Sentar-se na cama;



- Entrada de alimentos na unidade.
- **Horário das visitas:** Segunda a Domingo das 11h00 às 11h30, das 15h30 às 16h00 e das 20h30 às 21h00. A visita é permitida apenas para 1 (uma) pessoa (maior de 18 anos), sem revezamento.
- **Informações médicas:** só serão fornecidas pessoalmente nos horários de visita de Segunda a Domingo.

2.11. MÓDULO DE PACIENTE

Trata-se da área reservada para cada leito separado por divisórias, contém todos os equipamentos necessários e também o acesso da equipe no atendimento das necessidades das pacientes na terapia intensiva, projetado para apoiar todas as funções necessárias de saúde.

Para a minimização do stress da paciente e dos funcionários, foi planejada de modo que inclua iluminação natural, utilizados relógios nas paredes, calendários, rádio e a disponibilização de televisão.



3. ÉTICA DE ENFERMAGEM

3.1. ALGUNS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM:

- Comprometimento com a saúde do ser humano e a coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.
- Respeito à vida, dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação.

3.2. ALGUMAS RESPONSABILIDADES:

- Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.
- Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos.
- Responsabilizar-se por faltas cometidas.

3.3. ALGUNS DEVERES:

- Ser justo, competente, responsável e honesto.
- Prestar assistência sem discriminação.
- Garantir a continuidade da assistência de enfermagem.
- Informar o cliente e familiares adequadamente.
- Respeitar o pudor, privacidade e intimidade do paciente.
- Manter segredo profissional.

3.4. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A ÉTICA EM ENFERMAGEM

Por se tratar de uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, o profissional de



Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva – Adulto atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. Procuramos sempre preservar a intimidade das pacientes, ajudando a equipe médica a usar biombos ou fechar portas para não expor os clientes desnecessariamente.

Sempre que possível incentivamos as atualizações através de cursos e palestras.

Respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Dentre os artigos do código de ética da enfermagem, destacamos os seguintes:

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.



Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 15 - Prestar Assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 19 - Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 82 –

§ 4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.

Dessa maneira tentamos manter um tratamento humanizado perante a paciente e seus familiares, a fim de que estas recebam um atendimento de qualidade e sintam-se satisfeitos e confiantes, reforçando nossa postura ética e profissional.





4. PROGRAMA 5S – QUALIDADE TOTAL

O programa 5s é a base para a qualidade total, para melhorar a qualidade de vida do ser humano. Para conseguirmos produtos de qualidade precisamos ter qualidade no nosso ambiente de trabalho. O principal objetivo dos 5s é criar um ambiente digno de trabalho, onde o funcionário sinta-se bem consigo mesmo e com os demais, pois antes do produto vem o trabalhador.

1ºS - SENSO DE UTILIZAÇÃO

Devemos separar o útil do inútil, eliminando tudo o que for desnecessário.

Os objetos úteis devem ser separados conforme o seu uso. O que for inútil deve ser eliminando ou reformado. Organizando o local de trabalho evitamos desperdícios, eliminamos um monte de material sem utilidades e liberamos espaços para trabalhar mais à vontade, e diminuindo o risco de acidentes.

2º S - ARRUMAÇÃO

O senso de arrumação significa colocar tudo em ordem para que qualquer pessoa possa localizar tudo facilmente.

É simples, identificando e padronizando cada coisa, através de cores, rótulos, palavras chaves, depois é só arrumar a disposição do ambiente. Assim fica mais fácil achar qualquer documento ou objeto, sem perder tempo correndo de um lado para outro. Economizamos tempo, paciência e nosso local de trabalho fica mais amplo e agradável.

3º S – LIMPEZA

O senso de limpeza significa que o mais importante do que limpar é aprender a não sujar limpando as ferramentas e matérias após o uso e manter limpo o que já está em ordem terá um ambiente de trabalho digno



onde todos poderão se sentir bem. Além de causar boa impressão aos clientes e evitar acidentes de trabalho.

4º S – SAÚDE E HIGIENE

Devemos tornar o ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene.

E para isso basta respeitar os colegas, usar uniformes limpos, eliminar as condições inseguras, manter a limpeza do refeitório, dos banheiros e dos vestiários. E também difundir sempre materiais educativos sobre saúde e higiene. Só vamos ter um ambiente saudável se zelarmos por ele.

5º S – AUTODISCIPLINA

O senso de autodisciplina é reeducar nossas atitudes e com o tempo temos que fazer dessas atitudes um hábito, transformando a aplicação dos 5S num modo de vida.

Este programa vai além do trabalho, ele é uma questão de cidadania, de respeito ao próximo e a si mesmo. Com ele crescemos e com seres humanos melhoramos nossa qualidade de vida, diminuimos os riscos com acidentes e trabalhamos tranquilamente, e com hábitos corretos vai ficar fácil manter nosso ambiente saudável e digno de respeito.

O importante é insistir na aplicação do programa de tempos em tempos e avaliar os nossos avanços e cada um de nós deve dar o exemplo, por isso todos precisam participar. Com perseverança, organização e força de vontade, nós vamos manter um ambiente de trabalho com muita **QUALIDADE, SAÚDE e SEGURANÇA.**



5. HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A preocupação com a humanização iniciou-se no final da década de 80, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Reforma Sanitária, fruto de esforços de grupos de profissionais e de movimentos populares de saúde, no contexto da redemocratização da sociedade brasileira e de luta por uma política pública de saúde universal e de qualidade.

O termo humanização pode causar polêmica, resistência ou certo estranhamento, pois se é inerente à prática de quem cuida de seres humanos, por que ter que humanizar o que é humano. Sendo assim, este conceito não quer apenas tornar mais humana a relação com o usuário, dando pequenos retoques nos serviços, mas tocar nas relações de poder, trabalho e afeto que são produtoras das práticas desumanizadoras. Não devemos considerar a humanização como mais um programa, mas sim uma Política Nacional, eliminando a tendência de pensá-la pela vertente da caridade, do favor e da boa educação.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do SUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Nossa Instituição adota a PNH e a enfermagem como parte do todo está intimamente inserida nesta vertente da assistência de enfermagem baseada na teoria de Auto Cuidado de Orem.

A humanização é uma das diretrizes que norteia a Casa da Gestante de Alto Risco, desde a sua estrutura física, que possui uma área aberta onde os filhos das pacientes internadas podem brincar nos horários das visitas, uma sala de estar que serve de integração e convivência entre



as pacientes e a equipe multiprofissional, à assistência de enfermagem individualizada baseada na teoria do auto cuidado de Orem.

Há ações específicas da equipe de enfermagem na unidade inerente à humanização da assistência, como melhorias das práticas cuidadoras:

- um cuidado comprometido com a ética,
- o diálogo, a autonomia da paciente,
- o toque terapêutico.

É errôneo pensar que a humanização de um hospital é apenas questão de ter materiais suficientes, equipamentos modernos e local adequado, ela é, sobretudo, um problema que envolve as atividades das pessoas que ali trabalham, procurando oferecer um tratamento que respeite o paciente como ser humano desde o momento da sua internação, em que a alteração de suas rotinas, do ambiente, a dependência e o medo do desconhecido acarretam comprometimentos psicoemocionais.

É preciso que haja interação entre quem cuida e quem é cuidado e que aconteçam trocas de informações e sentimentos. A comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização. É pela comunicação estabelecida com o paciente, que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e conversar, tocar e ouvir são poderosos instrumentos de cura; muitas vezes são o próprio remédio.

A UTI é considerada como um local altamente agressivo e invasivo, em razão da intensidade das situações, como risco de morte, ausência de controle de iluminação natural, presença de ruídos e uma rotina dinâmica da equipe. É também um setor que utiliza aparelhagens e técnicas terapêuticas sofisticadas para atender pacientes em estado grave. Dentro dessas unidades, alguns fatores devem ser considerados para que a humanização aconteça, tais como:

- Respeitar a privacidade dos pacientes, pois esses não são separados por sexo ou gravidade da doença, levando-os a vivenciar não apenas sua doença, mas o



que acontece ao seu redor; personalizar o atendimento, pois essa assistência individual proporciona maior conhecimento sobre o paciente.

- Compreender a UTI é importante para o paciente e sua família, como etapa fundamental para superação da doença. A equipe é orientada quanto ao respeito à dignidade, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos.

O paciente em UTI deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais. Um importante requisito para a humanização do cuidado é manter a família informada e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações adequadas, com palavras simples e condizentes com o nível sócio cultural dos familiares, sendo que a participação do enfermeiro é fundamental neste momento. Para suportar a difícil situação vivenciada, o familiar necessita de orientações e a visita é o momento que o enfermeiro entra em contato com a família do doente, fornecendo informações e identificando às condições emocionais dos familiares.





6. A DOR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM HUMANIZADA

Eliana Claudino de Lima

A dor é uma experiência subjetiva, porém, conseguir mensurá-la é extremamente importante no ambiente clínico. Quando se mensura eficazmente a dor, pode-se avaliar se o tratamento prescrito está ou não sendo efetivo.

Conceitualmente, a dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou descrita em tais termos.

A enfermagem, por assistir o paciente 24 horas durante sua internação, deve ter um olhar voltado para a mensuração da dor e buscar meios de minimizá-la. Cada vez mais, a dor é considerada como o quinto sinal vital e independentemente dos instrumentos utilizados para quantificá-la, sua mensuração é fundamental no norteamiento às ações terapêuticas, medicamentosas ou não no alívio da dor.

Contudo, não há como dicotomizar a assistência humanizada do controle efetivo da dor, ou seja, uma assistência onde a humanização é um dos pilares, durante o período de internação necessariamente permeia-se a mensuração da dor e o seu controle eficaz.

Quando o tema “dor durante o trabalho de parto”, é abordado, temos que considerar os aspectos culturais envolvidos no processo de dar à luz. Nos tempos bíblicos, a dor do parto era considerada um mal necessário e a mulher deveria sublimá-la e até oferecer sua vida em troca do nascimento do seu filho, se assim fosse necessário. Infelizmente, esta visão poética da dor do parto se perpetua, mesmo que veladamente, em muitas maternidades onde a dor de parto é considerada “normal”. Vale



ressaltar que as medidas terapêuticas para o controle da dor durante o trabalho de parto não são apenas restritas às terapias medicamentosas, mas os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são muito eficazes, dentre eles, respiração, mudança de posição, banhos de imersão e de aspersão, massagens, etc.; sendo que a equipe de enfermagem tem um amplo campo de atuação na implementação destas terapias.

Porém, quando analisamos a humanização da assistência pré, durante e pós o trabalho de parto versus o controle efetivo da dor, não podemos esquecer que neste binômio (mãe-bebê), o recém-nascido (RN) também é susceptível a estímulos dolorosos. Por muitos anos, a dor no neonato foi desconsiderada por se entender que a imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC) e sua mielinização incompleta bloqueavam os estímulos dolorosos. Somente a partir da década de 80, a dor no período neonatal passou a ser considerada um evento de fundamental importância clínica.

Os RN internados em UTI Neonatal sofrem aproximadamente de 50 a 132 manipulações diárias, sendo que a maior partes destas manipulações são consideradas intervenções dolorosas. O principal desafio dos profissionais envolvidos no cuidado dos RN é a dificuldade da identificação da dor através de expressões verbais (choro) e não verbais, principalmente nos RN prematuros, pois são menos responsivos à mímica facial e ao choro. A identificação e o controle da dor no RN, além de proporcionar conforto e bem estar, previnem uma possível alteração fisiológica como o hipermetabolismo e o catabolismo.

O fenômeno doloroso é uma experiência subjetiva, individual, multidimensional e modificada por variáveis afetivo-motivacionais, não podendo ser cronificada, seja no RN ou no adulto, para que esta carga emocional negativa não o acompanhe por toda sua trajetória de vida. Cabe



a nós profissionais de saúde, realizar a identificação e a minimização da dor dentro do limiar mínimo possível, aliviando assim os percalços durante o período de internação, onde o ser humano por todas as razões físico, psico e sociais está mais fragilizado, principalmente quando o processo do adoecer é provocado por uma enfermidade sem prognóstico de cura, como os casos dos pacientes terminais.

A presença da dor oncológica é um fato que não aflige somente o paciente e seus familiares, mas também os profissionais da assistência envolvidos no atendimento. A dor oncológica se manifesta em 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de neoplasia sendo que nos estágios avançados ela é prevalente em 70 a 90% dos casos. Esta dor específica exige uma atuação conjunta e sincronizada de todos os profissionais de saúde que estão prestando assistência ao paciente oncológico, para que seu tratamento seja realmente eficaz. O paciente terminal não deve sentir dor, ele tem direito de receber todos os cuidados paliativos eficazes para que a assistência prestada seja realmente humanizada. Quando se fala de dor oncológica, utiliza-se o conceito de dor total. Este conceito foi utilizado em 1964 pela Dr^a. Cicely Saunders, referindo-se aos outros aspectos envolvidos na dor oncológica, além do físico, aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais associados à doença.

O desafio do controle da dor não cabe apenas à equipe de enfermagem, mas a toda equipe de assistência envolvida no processo de cuidar. Acredita-se que as escolas médicas e de enfermagem, deveriam acrescer em suas grades curriculares, disciplinas que abordem o tema dor, sua mensuração e controle visando uma formação acadêmica mais humanística e menos biotecnicista.



6.1. AÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DA DOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - ADULTO

A enfermagem atua no controle da dor com a mensuração do quinto sinal vital (dor) onde através de uma escala no valor de 0 a 10, a paciente quantifica sua dor. A partir desta mensuração, são tomadas, em conjunto com a equipe multidisciplinar, todas as medidas para que esta dor seja minimizada o máximo possível. As ações de enfermagem são:

- Administração de terapia medicamentosa para o controle da dor conforme prescrição médica;
- Massagem de conforto;
- Mudança de decúbito;
- Caso seja gestante e relate dor em baixo ventre, é orientada repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Promoção do conforto;
- Toque terapêutico
- Comunicação verbal e não verbal com a paciente;
- Minimização do barulho no ambiente;
- Evitar negar a dor;
- Focalização da atenção na paciente;
- Valorização, partilhar a dor;
- Evitar a manipulação excessiva da paciente;
- Ouvir a paciente;
- Explicar o motivo da dor;
- Desviar a atenção da paciente da dor;
- Oferecer apoio psicológico e orientar quanto às medidas tomadas para alívio da dor.



Referências Bibliográficas:

1 - MENDONÇA, S.H.F.; LEÃO, E.R. Implantação e Monitoramento da dor como 5º Sinal Vital: o desenvolvimento de um processo assistencial. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.31, p. 623-639.

2 - GIMENES, O.M.P.V. Que dor é essa? A dor no parto e seus segredos – Uma reflexão. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.11, p. 213-225.

3 - BUENO, M. Dor no período Neonatal. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.

4 - MORAES, T.M. Atuação do enfermeiro na dor oncológica. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º Sinal Vital Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2007. Cap.12, p. 226-240.

5- PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm. (on line),** Florianópolis, v.15, n.2, abr/jun. 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>. Data do acesso: 21/11/2011.





7. RECURSOS HUMANOS

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto é composta pelo quadro de pessoal de enfermagem a seguir:

- Enfermeiro Encarregado do Diurno/ Enfermeiro Supervisor do Noturno;
- Enfermeiro Assistencial;
- Auxiliar de Enfermagem.

Além da equipe de enfermagem, a Unidade de Terapia Intensiva, é composta por uma equipe multiprofissional, tais como: médicos intensivistas, cirurgiões, ginecologistas, obstetras, fisioterapeuta, gasoterapeuta, psicólogo, nutricionista, serviço social, ultrassonografista, SADT.

7.1. DEVERES DE TODOS OS FUNCIONÁRIOS

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento;
- Desenvolver e manter o ambiente de trabalho saudável e harmonioso;
- Apresentar-se ao trabalho no horário certo, conforme escala, dez minutos antes do horário de entrada, com aparência agradável, portando-se de forma cortês e gentil;
- Manter bom relacionamento com os profissionais do setor, assim como com os demais setores;
- Manter conduta profissional e pessoal irrepreensível, condizente com a entidade, baseado nos princípios éticos e morais;
- Manter elevado padrão de assistência;
- Zelar pela conservação do patrimônio da instituição;



- Conhecer e praticar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

7.2. COMPETÊNCIAS

7.2.1. Competências do Enfermeiro Encarregado do Diurno / Enfermeiro Supervisor do Noturno – (São responsáveis respectivamente por todas as atividades assistenciais e administrativas do período diurno e noturno).

- Organizar, estruturar, administrar e controlar as atividades da unidade, assegurando a qualidade da assistência;
- Prever e prover de recursos materiais e humanos para garantir o bom funcionamento;
- Dirigir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e abrangência científica para atingir o objetivo proposto pelo serviço;
- Controlar o uso adequado e econômico de materiais;
- Providenciar a manutenção, preservação, controle e revisão periódica dos equipamentos e materiais;
- Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe de enfermagem a fim de avaliar o serviço;
- Participar de reuniões da Gerência de Enfermagem e Multidisciplinares;
- Elaborar a escala de folgas e férias para a equipe de sua área, dentro das necessidades da instituição e melhor funcionamento da unidade;
- Elaborar as escalas mensais do serviço e controlar o comparecimento dos funcionários;



- Trabalhar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo os quatro turnos de trabalho;
- Analisar e avaliar os cuidados de Enfermagem prestados;
- Observar e conscientizar toda a equipe para o uso e observância das precauções universais;
- Elaborar e atualizar rotinas de atividades e desenvolver programas de treinamento do pessoal de enfermagem;
- Elaborar relatórios e estatísticas periódicas das atividades realizadas;
- Cumprir e fazer cumprir regulamentos e ordens de serviço do hospital;
- Cooperar com a Gerência de Enfermagem, em todos os empreendimentos planejados, sugerindo atualizações e mudanças que acreditar conveniente;
- Cumprir e zelar pelo cumprimento do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.
- Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;
- Supervisionar assiduidade, pontualidade e disciplina da Equipe de Enfermagem;

7.2.2. Enfermeiro assistencial

- Cooperar com o enfermeiro Encarregado da Unidade para o bom desempenho do serviço;
- Receber e passar plantão em conjunto com a equipe de enfermagem, inteirando-se do estado clínico das pacientes e evolução do serviço da unidade;



- Prestar cuidados diretos as pacientes graves, sob visão holística, atendendo integralmente às suas necessidades;
- Tomar as providências necessárias, conforme a necessidade da paciente ou da unidade;
- Garantir a qualidade na assistência ao paciente, diagnosticar as necessidades de enfermagem, elaborar e executar planos da S.A.E. (Sistematização de Assistência de Enfermagem);
- Supervisionar, orientar e treinar o funcionário no desempenho de suas funções e realização de técnicas assépticas;
- Observar postura profissional e apresentação dos funcionários ao serviço, interferindo quando necessário;
- Avaliar os funcionários periodicamente;
- Providenciar para pacientes o agendamento de exames, encaminhamentos, avaliando transporte dos mesmos;
- Solicitar presença do médico, quando a situação do paciente se alterar;
- Prestar assistência direta às pacientes graves ou em situações de emergências, assegurando a prevenção de riscos e complicações;
- Executar os procedimentos de alta complexidade quando necessário;
- Distribuir a equipe de enfermagem diariamente através da escala de serviço, para o atendimento individualizado, dentro das condições da paciente e capacidade profissional de cada funcionário;
- Controlar, zelar os equipamentos e materiais da unidade e supervisionar o manuseio adequado;
- Realizar as conferências a cada plantão dos lacres dos carrinhos de emergência, funcionamento dos desfibriladores, checagem da



temperatura da geladeira de medicações, conferência de psicotrópicos, livro de materiais e equipamentos da unidade;

- Supervisionar a limpeza dos boxes, equipamentos, armários e gavetas;
- Solicitar equipe do Laboratório, RX, Banco de Sangue, e outros exames quando necessários;
- Manter registro das ocorrências do plantão em livro próprio;
- Fazer cumprir normas e rotinas da unidade;
- Desempenhar funções administrativas que lhe forem delegadas;
- Colaborar com pesquisas e educação em serviço;
- Preencher os indicadores de qualidade da pasta e do prontuário da paciente diariamente;
- Solicitar medicações prescritas padronizadas pelo hospital, em impresso próprio assinado e carimbado;
- Direcionar, dar cuidados em caso de pós-morte, orientando e assistindo as necessidades dos familiares;
- Trabalhar em equipe, cooperando com os outros profissionais;
- Cumprir e zelar pelo cumprimento do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

7.2.3. Auxiliares de enfermagem

- Receber e passar plantão, conhecendo e informando sobre todas as ocorrências em conjunto com a equipe de enfermagem;
- Anotar cuidados prestados e alterações representadas, no prontuário da paciente, registrando e realizando anotações que competem à enfermagem em impresso próprio, assinando e carimbando;



- Prestar cuidados integrais às pacientes sob sua responsabilidade, de acordo com a escala e distribuição das mesmas, usando métodos e técnicas apropriadas a cada procedimento;
- Atender aos chamados das pacientes e comunicar qualquer alteração ao enfermeiro;
- Realizar suas tarefas de acordo com o determinado pelo enfermeiro;
- Organizar a unidade, repor materiais e medicações nos armários e gavetas, conferindo data de vencimentos dos mesmos;
- Zelar pela a limpeza de equipamentos, armários, gavetas e geladeiras conforme escala determinada pelo enfermeiro;
- Transportar as pacientes para exames e cirurgias;
- Zelar pela manutenção e limpeza dos equipamentos;
- Prestar assistência à paciente grave conforme técnicas de enfermagem;
- Ajudar a prever e controlar material e medicamento para um funcionamento da unidade e atendimento da paciente;
- Cumprir o regulamento, as normas e rotinas;
- Cooperar em todos os sentidos para o bom andamento da unidade e participar das reuniões e treinamentos quando convocado;
- Cumprir e zelar pelo Código de Ética dos profissionais da Enfermagem.



8. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (S.A.E.)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo, o registro fidedigno de todas as ações efetuadas pela equipe de enfermagem com respaldo técnico e científico. A taxonomia utilizada pela equipe de enfermagem da Instituição é a da NANDA e a base teórica tida como arcabouço referencial é a teoria do auto cuidado de OREM. A SAE é composta por:

1) Diagnóstico de enfermagem: efetuado pelo enfermeiro após o exame físico e levantamento das necessidades do paciente. É o que norteia a prescrição de enfermagem;

2) Prescrição de enfermagem: realizada pelo enfermeiro, após o diagnóstico de enfermagem e checada pelo auxiliar de enfermagem;

3) Evolução de enfermagem: registrada pelo enfermeiro e contempla as 24 h da assistência prestada ao paciente, após avaliação do seu estado geral. Na Evolução de Enfermagem devem constar: os problemas novos identificados; um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

4) Anotação de Enfermagem: é realizada pelo auxiliar de enfermagem e pelo enfermeiro. São registros ordenados, cuja finalidade essencial é fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Além dos cuidados prestados, é essencial constar nas anotações de enfermagem os itens da prescrição médica e de enfermagem que foram



checados. Já os que não foram cumpridos, justifica-se o motivo. Sempre ao final das anotações, prescrições, diagnósticos e evoluções de enfermagem, devem constar o carimbo e a assinatura do executante, conforme normativa do COREN DIR 001/2000.

8.1. ROTINA PARA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Realizada pelo enfermeiro de plantão, este deverá evoluir a paciente no impresso específico do SAE. Deverá se feita em impresso próprio, onde o auxiliar fará posteriormente suas anotações e checagens.

A Evolução feita no plantão do dia deve ser clara e objetiva, abrangendo: Diagnóstico médico, dias de internação, nível de consciência, padrão de sono, exame físico, movimentos fetais (MF) e dinâmica uterina (D.U.) se gestante, perdas vaginais, descrição de queixas, drenos e cateteres. Os demais plantões acrescentarão as alterações, intercorrências, condutas médicas e de enfermagem, avaliações, para que não haja repetição das mesmas informações básicas.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Histórico de Enfermagem: É a coleta de dados e exame físico que consiste em: observação, inspeção, palpação, percussão e ausculta.- Diagnósticos de Enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para selecionar as prescrições de enfermagem para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.- Prescrição de enfermagem. Conjunto de condutas determinadas pelo enfermeiro, que direcionam e coordenam a assistência de enfermagem ao paciente de



	<p>forma individualizada, holística e contínua.</p> <p>- Evolução de Enfermagem: Nesta fase há a checagem se a metas do plano de cuidados foram alcançadas. Atividades realizadas nesta fase: rever as metas e critérios de resultados do cliente; coletar dados; medir a realização da meta, e revisar/modificar o Plano de Cuidados de Enfermagem. A evolução de enfermagem é um instrumento contínuo com duração de 24h, cabendo ao enfermeiro fazer as complementações necessárias caso o estado clínico da paciente sofra alguma alteração.</p>
Auxiliar de enfermagem	<p>- Cabe ao auxiliar de enfermagem, frente à Sistematização de Enfermagem a realização da anotação de enfermagem, cumprimento das prescrições de enfermagem;</p>
Riscos	<p>- Falha na identificação dos dados, diagnósticos e resultados</p> <p>- Avaliação incorreta da eficácia da SAE</p> <p>- Implementação incompleta da SAE</p>
Material	<p>- Estetoscópio</p> <p>- Monitor multiparamétrico</p> <p>- Impressos</p> <p>- Caneta</p>





9. SISTEMAS DE CONTROLE

9.1. ROTINAS ADMINISTRATIVAS

9.1.1. Solicitação de Farmácia Semanal

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar em impresso próprio, constando carimbo e assinatura, em dia padronizado (quarta-feira), de acordo com as cotas e medicamentos padronizados;- Manter estoque mínimo, conforme padronização, de algumas medicações na unidade, e pedido extra ou fora da padronização deve ser feito, de acordo com as necessidades da paciente.

9.1.2. Solicitação de Almoxarifado

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar materiais padronizados, de acordo com a necessidade do setor;- Manter estoque mínimo de materiais na unidade, e pedido extra ou fora da padronização deve ser feito, de acordo com as necessidades da paciente.

9.1.3. Solicitação e Devolução de Material da Central de Material Esterilizado

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar verbalmente ao funcionário a CME o material necessário;- Fazer a devolução do material usado para um



	<p>funcionário da Central de material esterilizado, no expurgo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeitar o horário de entrega de materiais sujos e dia de reesterilização de materiais; - Registrar em livro próprio, todo circuito de ventilador mecânico da Intermed ou da Dixtal, com a especificação do circuito e o nome do ventilador, este deverá ser assinado o nome do funcionário que encaminhou e de quem recebeu o material na Central de material esterilizado; - Receber o circuito de ventilador mecânico procedente da empresa de esterilização em óxido de etileno, observar se está completo e se vieram todos os circuitos encaminhados.
--	--

9.2. CONTROLES DE MATERIAIS / EQUIPAMENTOS / MEDICAMENTOS

9.2.1. Controle da temperatura da geladeira de medicamentos

É a checagem diária da temperatura da geladeira de medicamentos, a fim de garantia da eficácia dos medicamentos armazenados na geladeira.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Checar no início do plantão, manhã e noite, a temperatura interna da geladeira, que deve estar entre 2 e 8°C; - Anotar o resultado no impresso próprio contendo temperatura, mínima, máxima e do momento, e



	<p>posteriormente assinar, datar e carimbar;</p> <p>Obs.: Caso os resultados não estejam dentro dos padrões de normalidade, tomar as devidas providências:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No caso da temperatura estar acima ou abaixo dos padrões normais e desvios aceitáveis, ajustar o botão interno da geladeira até atingir a temperatura desejada; - Caso a temperatura permaneça alterada, abrir uma ordem de Serviço à manutenção.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Impresso próprio para registro da temperatura - Caneta e carimbo
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da ação de medicação expostas à temperatura inadequada - Não resolução da temperatura fora da normalidade

9.2.2. Controle da checagem do Cardioversor e Carrinho de Emergência

É a checagem diária do funcionamento do cardioversor e carrinho de emergência.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Checar no início do plantão, manhã e noite, o funcionamento do cardioversor, o laringoscópio, além de checar a presença da tábua de massagem e a presença do lacre; - Anotar o resultado em impresso próprio contendo a descarga do desfibrilador, os materiais e o número do lacre, e posteriormente assinar, datar e carimbar; <p>Obs.: Caso os resultados não estejam dentro dos padrões de normalidade, deverá solicitar conserto à</p>



	Engenharia.
Materiais	- Caneta - Impressos próprios

9.2.3. Controle de Psicotrópicos

O controle de psicotrópicos, em quantidades padronizadas, visa assegurar segurança e organização. Relação de psicotrópicos do estoque mínimo, atualizada em 15 de abril de 2011, é a seguinte:

Medicamento	Apresentação	Quantidade
Fentanil 0,05mg/ml	FAM – 10ml	10
Morfina 1mg/ml	Amp – 2 ml	01
Morfina 10mg/ml	Amp – 1 ml	01
Propofol 10mg/ml	Amp – 10 ml	05
Tiopental 1mg	FAM - Pó	01
Tramadol 50mg/ml	Amp – 2 ml	04
Clorpromazina 5mg/ml	Amp – 2 ml	02
Diazepam 5mg/ml	Amp – 2 ml	07
Fenobarbital 200mg/ml	Amp – 2 ml	06
Fenitoína 50mg/ml	Amp – 5 ml	08
Haloperidol 5mg/ml	Amp – 1 ml	02
Haloperidol Decanoato 50mg/ml	Amp – 1 ml	01
Midazolam 5mg/ml	Amp – 3 ml	05
Midazolam 5mg/ml	Amp – 10 ml	15
Petidina 50mg/ml	Amp – 2 ml	04



Agente	Ação
Enfermeiro	<p>- Realizar a contagem das medicações e registrar o controle, no início do plantão diurno e noturno;</p> <p>Obs.: Todo dia 30 de cada mês deve-se realizar a conferência das datas de vencimento, caso esteja vencida deverá ser feito solicitação de troca à farmácia, através de receituário com descrição do medicamento e quantidade a ser trocada, assinada e carimbada.</p>
Materiais	<p>- Caderno</p> <p>- Caneta</p> <p>- Gaveta com chaves (acondicionamento dos medicamentos)</p>

9.3. ROTINAS RELACIONADAS A INTERNAÇÃO

9.3.1 Fluxograma de Atendimento

- No primeiro momento a paciente é atendida no Pronto Socorro Obstétrico (P.S.O.), por médicos residentes/plantonistas e equipe de enfermagem. Caso necessário, será solicitada a avaliação do médico intensivista, e havendo indicação clínica de cuidados intensivos, será encaminhada à UTI.
- A paciente normalmente vem do CCO e REC, podendo ser também do Alojamento Conjunto, Ginecologia, Casa de Gestante Atendimento de Risco (CGAR). Há também pacientes vindas de outro serviço via Mãe Paulistana;



- A família deverá ser informada da transferência da paciente para a U.T.I. e dos respectivos horários de visita;
- A paciente só poderá ficar com material de higiene pessoal. É proibido ficar com aparelho de telefonia celular.
- São fornecidas informações sobre o quadro geral e evolução das pacientes durante a visita do período da manhã ao familiar.

9.3.2 Admissão de paciente

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Receber o plantão do enfermeiro responsável pelo setor de origem, tomando conhecimento adequado do motivo da internação e seu grau de estabilidade/instabilidade;- Receber o prontuário, exames de imagens, medicações das 24 horas, exceto PSO;- Informar a paciente sobre a permanência e orientações do setor;- Registrar paciente no Livro de Registro de pacientes atentando para o diagnóstico médico e no HOSPUB;- Orientar a família sobre os horários de visita e permanência de pertences.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Recepcionar a paciente, posicioná-la no leito, proporcionando privacidade e conforto;- Solicitar que a paciente, caso esteja consciente, retire suas roupas e pertences pessoais e vista a camisola da instituição. Caso a mesma esteja inconsciente, esta ação deverá ser executada pelo auxiliar de enfermagem;



	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a paciente sobre a permanência e orientações do setor, quando a mesma encontrar-se consciente e orientada, lembrando que sempre na admissão não serão permitidos objetos ou valores pessoais, devendo entregá-los a família ou guardados até o comparecimento da visita; - Realizar a glicemia capilar; - Prestar cuidados necessários com relação à terapêutica instituída, monitorização e controles; - Realizar todas as anotações de enfermagem necessárias.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte inadequado; - Demora no transporte e na recepção; - Receber prontuário incompleto; - Perda de pertences; - Não receber exames; - Não orientar a família.
Observações	<ul style="list-style-type: none"> – Quando a paciente provém de outro serviço, deverá ficar no isolamento, e colher Culturas de Vigilância (swab nasal, axilar e retal).

9.3.3. Transferência de paciente da Unidade de Terapia Intensiva para as unidades de internação (CGAR, Alojamento Conjunto, Unidade de Internação de Adultos e Hospital Dia)

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar a vaga, confirmá-la na unidade de internação correspondente e passar o caso e os cuidados ao



	<p>enfermeiro do setor;</p> <ul style="list-style-type: none">- Informar a paciente (se consciente) ou aos familiares, sobre a transferência e orientá-los acerca dos cuidados;- Organizar o prontuário com prescrições, exames de laboratório, evoluções e SAE;- Separar as medicações em uso até as 08h00min do dia seguinte;- Preencher a folha de check list;- Registrar a saída do paciente em livro de registros.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Recolher os pertences da paciente e prepará-la para a mudança;- Providenciar a maca com suporte de soros ou cadeira de rodas, e outros acessórios necessários;- Transferir a paciente coberta, proporcionando privacidade e conforto;- Registrar no prontuário a transferência e a assistência prestada, através da anotação de enfermagem;- Passar o plantão para o auxiliar de enfermagem do setor que a receberá.
Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Demora no transporte;- Transporte inadequado;- Demora na liberação do leito;- Não avisar familiares, causando transtorno;- Encaminhar prontuário e exames incompletos.



9.3.4. Transferência de paciente para outra Instituição (quando necessário)

Tem como objetivos:

- Prover condições adequadas de transporte extra hospitalar às pacientes;
- Assegurar, através da presença obrigatória do médico e equipe de enfermagem durante todo o transporte, o fornecimento de suporte avançado de vida aos pacientes críticos que necessitem de encaminhamento ou transferência externa.

Observação: A liberação da vaga para a remoção, depende da Central de Regulação.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Verificar a solicitação de transferência no prontuário da paciente, com assinatura do médico e confirmação do contato de vagas entre os médicos de ambas as instituições, sendo que as vagas somente são negociadas entre médicos;- Solicitar ao médico que entre em contato com a central de vagas para que ela faça os devidos contatos sobre o caso e aguardar o retorno;- Solicitar o transporte em ambulância da instituição ou em caso de paciente grave ambulância UTI pelo médico;- Anotar no prontuário da paciente: hora, condições do paciente e acompanhamento familiar e de enfermagem;- Solicitar o preenchimento de termo de responsabilidade médica autorizando a remoção da paciente, juntamente com o encaminhamento médico;



	<ul style="list-style-type: none"> - Transportar a paciente na ambulância na presença de um familiar, de um profissional da enfermagem e do médico; - Observar os cuidados de Biossegurança durante o transporte; - Fechar o prontuário da paciente verificando se está completo; - Anotar no livro de enfermagem a transferência da paciente;
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Demora no transporte; - Transporte inadequado; - Demora na liberação do leito; - Não avisar familiares, causando transtorno; - Encaminhar prontuário e exames incompletos.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidade hemodinâmica e respiratória do paciente durante o transporte; - Uso seguro de equipamentos; - Permanência de sondas, cateteres, drenos e tubos em posição adequada, além de manipulação com a técnica requerida.
Observação	<ul style="list-style-type: none"> – A liberação da vaga para a remoção depende da Central de Regulação.

9.3.5. Alta hospitalar para pacientes

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Conferir se a alta hospitalar está assinada pelo médico na prescrição e na evolução médica; - Realizar a evolução de enfermagem referente à alta da



	<p>paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o check list do prontuário; - Entrar em contato com familiar ou responsável pela paciente; - Após chegada do responsável, preencher Aviso de Alta; - Acompanhar a paciente até a saída da unidade; - Anotar no livro de registro de pacientes o horário, dia e nome do profissional, a alta do paciente; - Organizar prontuários, exames de imagem e medicações; - Solicitar a desinfecção terminal do leito ao Serviço de Higienização e Limpeza.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar as anotações de enfermagem, referindo a alta médica; - Separar as medicações de uso nas 24hs seguintes; - Acomodar a paciente em maca ou cadeira de rodas; - Encaminhar a paciente para o setor de destino; - Encaminhar roupas ao hamper e artigos usados na assistência ao paciente ao CME;
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento incorreto dos impressos - Orientação incorreta ou incompleta para o paciente - Falta de entendimento e compreensão das informações pelo paciente



9.3.6. Óbito

Agente	Ação
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Constatar o óbito e anotá-lo na Evolução Clínica no Prontuário e na prescrição médica do dia; - Informar o Enfermeiro responsável se o corpo será enviado para Serviço de Verificação de Óbito ou será preenchida a Declaração de óbito;
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Emitir aviso de óbito em quatro vias, com etiqueta de identificação da paciente, constando dados referentes ao óbito; - Anexar uma via no prontuário, duas irão juntas ao corpo, e uma será encaminhada para o setor de internação; - Confirmar com o médico se o corpo será encaminhado para necropsia. Caso confirme, deverá ser preenchido para a autorização da mesma, assinada pelo responsável e comunicar à portaria para que envie a declaração de óbito específica; - Comunicar ao médico que assistiu a paciente para o preenchimento da Declaração de Óbito, quando trazida pelo setor de internação;
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar e identificar o corpo (vide Protocolo de Enfermagem para o Preparo do corpo nº 098), após a confirmação de óbito emitida pelo médico.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração de óbito - Aviso de Óbito - Resumo de Alta - Maca - Cobertura de óbito (se disponível)/lençol



9.3.7. Preparo do Corpo pós-morte

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Preencher o impresso referente ao Aviso de óbito (identificação do corpo e portaria) em quatro vias, como citado na Rotina de Óbito; - Auxiliar nos procedimentos referentes ao corpo; - Solicitar à limpadora para fazer a limpeza terminal; - Registrar no prontuário data e hora do óbito, a comunicação à família e cuidados com o corpo.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir material; - Colocar biombos; - Lavar as mãos; - Colocar avental, máscara, óculos e calçar luvas de procedimento (E.P.I.); - Proceder à retirada de todos os cateteres, drenos, sondas e curativos; - Realizar o tamponamento, no sentido céfalo caudal; - Conter os membros superiores sobrepostos ao tórax; - Unir os membros inferiores e contê-los com esparadrapo/crepom; - Colocar identificação diretamente no corpo e outro colado à cobertura de óbito (saco próprio); - Colocar o corpo em maca sem colchão; - Levar o corpo ao necrotério e colocá-lo na câmara fria; - Deixar o ambiente em ordem; - Descartar o avental, máscara e luvas no necrotério (resíduo infectante);



	<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos. <p>OBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso a paciente for para o serviço de verificação de óbito, não deve ser feito o tamponamento de orifícios.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica - Lesão cutânea do paciente - Extravasamento de líquidos humorais.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Luvas de procedimento - Máscara - Avental de manga longa - Atadura crepe - Algodão - Pinça longa - Esparadrapo - Sonda de aspiração - Óculos de proteção - Saco para óbito ou lençol

9.4. ROTINAS RELACIONADAS A PROCEDIMENTOS TÉCNICOS COM A PACIENTE

9.4.1. Administração de Hemoderivados

Tempo de infusão: Seguir prescrição médica, devendo ser respeitados os seguintes princípios:



- Concentrado de hemácias e plasma: intervalo máximo de infusão de 4 horas, sendo os minutos iniciais a infusão deve ser lenta, a fim de observar sinais e sintomas de reações adversas.

- Concentrado de plaquetas: infusão aberta.

Aquecimento do sangue: Não aquecer o sangue antes de sua administração, ele já vem da Agência Transfusional na temperatura adequada para infusão.

Armazenamento dos derivados:

- Concentrado de hemácias, após ser entregue deve-se transfundi-lo no máximo em 4 horas, devido ao risco de contaminação e ou alterações do produto;

- Plasma: uma vez descongelado, deve ser infundido imediatamente. Não guardar em geladeira, nem recongelar.

- Plaquetas: devem ser transfundidas imediatamente. Caso necessite esperar um pouco antes da transfusão, elas deverão ser guardadas em recipiente que mantenha a temperatura entre 20 e 24 °C. Nessa situação elas podem ficar por 2 horas, sem a necessidade de ficar agitando. Caso demore mais que 2 horas, agitar um pouco e tornar a armazenar no recipiente com termômetro.

- **Obs:** Nunca transfundir sangue juntamente com plaqueta ou plasma. Os hemoderivados devem ser transfundidos um após o outro, mesmo que a paciente tenha vários acessos venosos.



Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Preencher o pedido de solicitação médica, conferir todos os dados, atentando para a necessidade e resultado de exames; - Avisar a Agência Transfusional sobre o pedido, e se a paciente já possui pedido de reserva e amostra de sangue. Caso não haja amostra de reserva, deve-se coletar duas amostras de sangue, um tubo roxo e um tubo amarelo - Orientar a paciente em relação ao procedimento, caso haja necessidade, puncionar a veia e coletar amostra de sangue para realização dos exames pré-transfusionais; - Manter a veia permeabilizada; - Preencher as etiquetas com nome da instituição, nome da paciente, data de nascimento, data de coleta e nome de quem coletou; - Anotar na parte de trás do impresso, em local próprio, o nome, horário e RF de quem coletou; - Encaminhar as amostras com o pedido para a Agência Transfusional; - Aguardar a entrega do que foi solicitado, sendo que, deverá ser instalada uma unidade de cada vez; - Confirmar a identificação da paciente na pulseira e na prancheta, antes da sua administração; - Conferir a compatibilidade da bolsa com o tipo sanguíneo da paciente - Verificar os sinais vitais imediatamente antes do procedimento;



	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a permeabilidade do acesso venoso e ausência de sinais flogísticos locais; - Instalar a bolsa de hemoderivado; - Acompanhar a infusão nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas; - Verificar novamente os sinais vitais e observar alterações de comportamento e físicos; - Manter o gotejamento de acordo com a prescrição médica, totalizando no máximo quatro horas desde a instalação; - Avaliar a paciente a cada 30 a 45 minutos durante toda a transfusão; - Realizar infusão salina após o término da infusão, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter; - Anotar o término da transfusão, se não houve intercorrência; - Desprezar, após infusão, a bolsa de sangue no resíduo infectante; <p>OBS: Realizar higienização das mãos pré e pós procedimento;</p> <p>Caso haja intercorrências durante a infusão, avisar o médico responsável pela paciente e solicitar a presença do responsável técnico pela Agência Transfusional.</p>
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Puncionar o acesso venoso calibroso; - Observar o local da punção e se o mesmo mantém-se pervalido durante recebimento evitando a infiltração;



	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar os sinais vitais antes da instalação, após 15 minutos e após término; - Dar seguimento a transfusão, observando sinais e sintomas apresentados pela paciente durante todo o recebimento; - Atentar aos sintomas de reações pirogênicas como calafrios súbitos, febre, cefaléia, taquicardia e rush cutâneo; <p>OBS: Realizar higienização das mãos pré e pós procedimento;</p> <p>Caso haja intercorrências deve-se interromper a infusão, avisar enfermeira e médico.</p>
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha no procedimento técnico - Troca do nome do paciente e pedido errado - Reações adversas - Perda do hemoderivado por falha no procedimento

9.4.2. Reações Transfusionais

Imediatos (até 24hs)	Tardios (após 24hs)
Reação hemolítica aguda	Reação hemolítica tardia
Reação febril não hemolítica	HBV / Hepatite B
Reação alérgica leve	HCV / Hepatite C
Reação alérgica moderada	HIV / AIDS
Reação alérgica grave	Doença de Chagas
Sobrecarga volêmica	Sífilis
Contaminação bacteriana	Malária



Edema pulmonar não cardiogênico/ TRALI	HTLV I / II
Reação hipotensiva	Doença do enxerto contra o hospedeiro/ GVHD
Hemólise não imune	Aparecimento de anticorpos irregulares / isoimunização

Procedimentos gerais adotados frente a uma reação transfusional pela equipe de enfermagem:

- Interromper a transfusão. Se o equipo não estiver ligado a um polifix, desconectá-lo da veia do paciente e tampar a sua extremidade para não haver contaminação;
- Manter a veia permeável com a solução de hidratação da prescrição;
- Comunicar ao médico hemoterapeuta ou ao médico assistente de plantão;
- Verificar e registrar, na prescrição médica, os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar);
- Providenciar todos os medicamentos, materiais e equipamentos necessários para o atendimento emergencial, no caso de reação moderada ou grave;
- Registrar a reação no mapa transfusional e no livro de ocorrências da enfermagem;
- Encaminhar todas as amostras, bolsas e pedidos de exames solicitados pelo médico.



9.4.3. Extubação Programada

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Suspender a dieta enteral 6 horas antes do procedimento de extubação; - Manter o ventilador montado e protegido por no mínimo 6 horas após extubação; - Manter o carrinho de emergência próximo ao leito durante o procedimento; - Reunir todo o material e levá-lo próximo do leito da paciente; - Lavar as mãos; - Explicar o procedimento para a paciente; - Colocar os EPIs; - Posicionar a paciente com a cabeceira elevada 45°; - Preparar o material de nebulização de acordo com o tipo solicitado pelo médico; - Aspirar a paciente conforme Procedimento descrito no livro de protocolos nº 60; - Desinsuflar o cuff com ajuda de uma seringa de 20mL; - Solicitar a paciente para inspirar profundamente e segurar o ar; - Retirar o tubo endotraqueal em um único movimento; - Solicitar que a paciente tussa, utilizando uma compressa; - Adaptar a máscara de nebulização, e abrir o fluxômetro; - Observar os sinais vitais e padrão respiratório da paciente; - Deixar a paciente confortável;



	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir o material a ser encaminhado para C.M.E. e descartando o restante em local apropriado; - Deixar o ambiente em ordem; - Lavar as mãos; - Checar a prescrição e realizar anotação de enfermagem. - Atentar para o padrão respiratório após o procedimento, e comunicar o médico caso haja instabilidade ou intercorrência;
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica - Contaminação do material - Broncoaspiração
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - 01 Máscara descartável - 01 óculos de proteção - 01 par de luvas de procedimento - 01 sonda de aspiração valvulada nº 14 - 01 frasco de aspiração - 01 frasco coletor de secreção descartável - 01 Vacuômetro - 02 ampolas água destilada 10mL - 01 bandeja - 01 tesoura - 01 seringa 20mL - 01 nebulizador completo - 01 pacote compressa - 01 metro cadaço



9.4.4. Cardioversão

Conversão de arritmias cardíacas graves, tais como: taquicardias paroxística supra ventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial, fibrilação atrial para o ritmo sinusal. Método de aplicação de aplicação de corrente elétrica direta no coração por meio de pás colocadas sobre a parede torácica, emitindo choque controlado, sincronizando-se a descarga do capacitador à onda R do complexo QRS, a fim de abolir taquicardias supraventriculares ou ventriculares, evitando assim o período vulnerável ventricular e consequentemente a fibrilação ventricular accidental.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos; - Explicar o procedimento e finalidade à paciente; - Reunir o material a trazer o carro de emergência próximo do leito; - Colocar os biombos; - Preparar a paciente, retirando próteses e expondo o tórax da mesma; - Checar e testar todo material de emergência; - Monitorar a paciente com o cabo de monitoração do próprio cardioversor, para que seja possível a cardioversão, de forma que o choque não caia sobre a onda T; - Realizar a sedação de acordo com a prescrição médica; - Observar o traçado cardíaco no monitor; - Puncionar veia calibrosa; - Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação; - Observar a voltagem do aparelho em relação à rede elétrica local; - Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois friccionar uma pá contra a outra, para



	<p>espalhar a pasta de modo mais uniforme;</p> <ul style="list-style-type: none">- Acionar a tecla LIGA do painel dianteiro, ligando o aparelho;- Acionar a tecla Sinc, do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo (ECG).- Pressionar a tecla CARGA conforme solicitado, do painel dianteiro, observando o indicador de energia;- Aguardar o médico fazer o disparo;- Se necessário, repetir o procedimento;- Manter o cardioversor próximo ao leito da paciente até que o médico considere a situação sob controle e a arritmia devidamente tratada. Ao realizar o disparo, estar sempre atento para que as pessoas ao redor do leito se afastem;- Observar atentamente as reações da paciente;- Observar a conversão do ritmo cardíaco após a cardioversão e acompanhar o traçado cardíaco;- Manter a paciente monitorada após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável.- Lavar as mãos;- Recompôr a unidade e recolher o material;- Deixar a paciente em ordem;- Anotar no prontuário o procedimento feito; <p>OBS: Não utilizar nunca monitor externo, durante o procedimento; Para carregar a bateria interna do cardioversor e mantê-la carregada, deixar o cabo de força do aparelho ligado à tomada; Não espalhar pasta pelo tórax da paciente, pois a mesma poderá causar um curto-circuito, diminuindo sensivelmente a eficiência da descarga e causando queimaduras.</p>
--	---



Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Descarga elétrica acidental - Queimaduras - PCR
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Desfibrilador completo - Gel eletrocondutor - Gazes - Luvas de procedimento - Eletrodos

9.5. CATETERISMO DE VEIA CENTRAL

Acesso vascular central ou periférico, podendo ser usado para nutrição parenteral, infusão endovenosa de líquidos, drogas, sangue e seus derivados. Pode ser usado também para retiradas freqüentes de amostras de sangue para exames laboratoriais e medição de pressões internas e intra-cavitárias.

Há dois tipos de dispositivos, o Intracath e o Cateter de Single ou Duplo Lúmen, ambos com fio guia.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o procedimento a paciente, caso a mesma esteja consciente; - Posicionar a paciente em decúbito dorsal com inclinação de 10° a 20° (posição de Trendelenburg), a cabeça virada para o lado oposto da punção e se o médico preferir, colocar um coxim sob o ombro; - Auxiliar na abertura dos campos e materiais necessários para a punção sobre uma mesa auxiliar, após o médico estar paramentado com gorro, máscara e



	<p>avental estéril;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover a embalagem do cateter e seus acessórios, utilizando técnica asséptica e os coloque-os sobre a mesa com campo estéril; - Realizar curativo no local de inserção do cateter, este deve ser mantido seco e com troca na frequência apropriada de acordo com o tipo de material utilizado; - Auxiliar para a correta realização da técnica asséptica. <p>OBS: Realizar a higienização das mãos pré e pós procedimento.</p>
Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Separar os materiais; - Organizar o ambiente para o procedimento poder ser realizado sem a interrupção do restante do atendimento a paciente; - Auxiliar o enfermeiro na montagem e auxílio ao médico; - Organizar o setor e deixar a paciente confortável, após a realização do procedimento
Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Use sempre técnica asséptica; - Não use solventes químicos nos devido ao risco de danificar o cateter - Nunca use fios, deve-se tentar aspiração, agentes trombolíticos ou pequenas pressões com seringas de pequenos calibres para desobstrução do cateter; - Evite grandes angulações do cateter; - Cateteres centrais não necessitam ser trocados rotineiramente. Sabe-se que o risco de infecção aumenta em 0,5 a 1% por dia de permanência; - Usar cateter venoso central com número mínimo de



	<p>entradas ou lúmen, essenciais para o manuseio do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trocar os cateteres centrais apenas quando apresentarem sinais de infecção no local de inserção ou estiverem relacionados a quadro infeccioso; - Fazer a antissepsia do local de inserção do cateter com PVPI tintura alcoólica ou clorexidina alcoólica, antes de iniciar o procedimento; - O ambiente onde será realizado o procedimento, deverá conter somente o número de pessoal necessário para a realização do mesmo; - O campo fenestrado utilizado no procedimento deverá possuir abertura lateral até o orifício, para evitar a desconexão desnecessária do sistema ao término do mesmo; - Colocar campos estéreis; - Registrar a data da inserção no prontuário médico; - Remover o cateter central tão logo o seu uso seja dispensável ou houver suspeita de infecção; - Manter o sistema fechado durante a infusão. Desinfetar as portas de entrada antes de infundir medicamentos; - Trocar todo o sistema se houver evidência ou suspeita de bacteremia, celulite ou tromboflebite purulenta.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - sangramento, infecção, dor, alergias; - Necrose no local de saída do cateter; - Mau posicionamento, oclusão, formação de fibrina na ponta do cateter, deslocamento ou ruptura;



	<ul style="list-style-type: none"> - Infecção e/ou sepse; - Trombose ou embolia vascular; - Pneumotórax, hemotórax, hidrotórax; - Perfuração de vasos ou vísceras; - Tamponamento cardíaco; - Endocardite; - Arritmia cardíaca; - Tromboflebite; - Lesão do plexo braquial; - Oclusão, dano ou quebra do cateter pela compressão entre a clavícula e a primeira costela;
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Bandeja de instrumentais para passagem de intracath; - Avental estéril; - Campos de mesa estéreis; - SF 0,9% 500mL; - Fio nylon 4-0 ou 3-0; - Lâmina bisturi nº21; - Luva estéril (numeração de acordo com o profissional); - Frasco de Xilocaína 2% sem vaso constritor (20mL); - Equipo macrogotas; - Extensor; - Cateter (intracath) ou kit cateter duplo lúmen - Gaze; - Seringa 20 ml; - Seringa 10 mL; - gorro; - máscara; - Agulha 40x12mm;



	<ul style="list-style-type: none">- Agulha 30x7mm;- Agulha 30x8mm;- Almotolia clorexidine alcoólico e degermante
--	--

9.6. SEDAÇÃO EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

A **Sedação** é o estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. Classificada em 3 níveis:

- **Ansiólise:** estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais.

- **Sedação moderada:** depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual a paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil.

- **Sedação profunda:** depressão da consciência induzida por droga, durante a qual a paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos.

As opções terapêuticas englobam meios farmacológicos (opióides e não opióides)

9.6.1 Opióides (Analgésicos Narcóticos)

Substâncias chamadas de drogas opiáceas ou simplesmente opiáceos são aquelas obtidas do ópio; podem ser opiáceos naturais quando não sofrem nenhuma modificação (morfina, codeína) ou opiáceos semi-sintéticos quando são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (como é o caso da heroína que é obtida da morfina



através de uma pequena modificação química). Entre eles: **Fentanil, Morfina, Tramadol, Meperidina.**

9.6.2. Antagonista dos Opióides: (Naloxona/ Narcan).





10. ROTINAS RELACIONADAS A OXIGENIOTERAPIA

Administração de oxigênio em uma concentração superior a ambiental

10.1. MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Reunir o material;- Lavar as mãos;- Orientar a paciente quanto ao procedimento;- Posicionar a paciente confortavelmente em posição Fowler- Instalar o fluxômetro na rede de oxigênio e testar;- Colocar água destilada no copo do nebulizador, fechar bem e conectá-lo ao fluxômetro;- Conectar a máscara ao tubo corrugado e este ao nebulizador de oxigênio;- Colocar a máscara no rosto do paciente e ajustar ao perímetro cefálico;- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;- Identificar o nebulizador com data, hora e assinar;- Observar o padrão respiratório, nível de consciência e comunicar se alterações;- Lavar as mãos;- Checar em prescrição médica;- Fazer anotação de enfermagem, carimbar e assinar.



Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara de nebulização; - Fluxômetro; - Nebulizador; - Extensão plástica ou tubo corrugado (traquéia); - 500ml de água destilada estéril; - Fita crepe.
------------------	--

10.2 Cateter nasal tipo óculos

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar padrão respiratório, comunicar o médico em caso de anormalidades; - Acompanhar e auxiliar o auxiliar de enfermagem durante o procedimento; - Acompanhar evolução do padrão respiratório; - Auxiliar na instalação e manutenção da máscara.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir o material; - Lavar as mãos; - Orientar a paciente quanto ao procedimento; - Posicionar a paciente confortavelmente em posição Fowler; - Instalar o fluxômetro na rede de oxigênio e testar; - Conectar o umidificador ao fluxômetro; - Conectar a extensão ao umidificador; - Identificar com data, hora e assinar; - Conectar a extensão do umidificador de oxigênio à extensão do cateter tipo óculos; - Adaptar o cateter nasal nas narinas da paciente,



	<p>passar os tubos na parte posterior das orelhas, fazendo com que sirvam de apoio ao cateter, ajustar o conector abaixo do queixo;</p> <ul style="list-style-type: none">- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;- Observar o padrão respiratório, nível de consciência e comunicar se alterações;- Lavar as mãos;- Checar a prescrição médica;- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
Materiais	<ul style="list-style-type: none">- Fluxômetro;- Extensão;- Cateter de oxigênio tipo óculos.

10.3. OXIGENIOTERAPIA COM MÁSCARA DE VENTURI

Dispositivo que contém um mecanismo de mistura de ar ambiente e oxigênio que dilui 100% de oxigênio puro para uma concentração pré-determinada e entrega gases misturados ao paciente. Desenvolvido para operar com suprimento de oxigênio controlado com um fluxômetro com válvula controlada capaz de entregar pelo menos 3L/m de oxigênio, fornece concentrações de oxigênio de 24% a 50%.



Concentração de oxigênio entregue

Concentração de O2	Concentração de O2	Entregue
Ajustado (%)	Mínimo (%)	Máximo (%)
24	23	25
28	27	29
31	30	32
35	33	37
40	38	42
50	47	53

Fluxo total de gás para o paciente

Cor do diluidor	Diluidor de O2	Fluxo O2 sugerido	Fluxo total de gás
Azul	24 %	3 LPM	78 LPM
Amarelo	28%	6 LPM	66 LPM
Branco	31%	8 LPM	72 LPM
Verde	35%	12 LPM	72 LPM
Rosa	40%	15 LPM	60 LPM
Laranja	50%	15 LPM	40 LPM

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o padrão respiratório, comunicar o médico em caso de anormalidades; - Acompanhar e ajudar o auxiliar de enfermagem durante o procedimento; - Acompanhar a evolução do padrão respiratório; - Auxiliar na instalação e manutenção da máscara.



<p>Auxiliar de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos e reunir o material - Conectar o tubo na fonte de oxigênio; - Conectar a outra extremidade do tubo na máscara; - Escolher o diluidor com a concentração desejada que a paciente necessite e conecte o tubo corrugado no adaptador; - Conectar a tubulação de oxigênio entre o diluidor e a fonte de gás; - Selecionar o fluxo apropriado de oxigênio prescrito pelo médico e verifique o fluxo de gás através do dispositivo; - Colocar a máscara na face da paciente cobrindo tanto a boca como o nariz; - Passar a fita elástica pela cabeça da paciente acima das orelhas; - Ajustar a tensão na fita para fixar a máscara na face da paciente, puxando a ponta do elástico até que a máscara esteja firme; - Ajustar a peça nasal de metal leve, a face do paciente; - Lavar as mãos; - Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
<p>Materiais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara; - Extensão; - Fluxômetro; - Diluidor; - Umidificador; - Kit Máscara facial (Traqueia corrugada; extensão para conexão no Fluxômetro);



	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptador para umidificação/inalação; - 6 válvulas coloridas (laranja, rosa, verde branca, amarela e azul).
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha no procedimento técnico; - Desconexão do tubo corrugado; - Ressecamento da mucosa nasal e oral do paciente; - Administração de oxigênio discordante da prescrição.

10.4. VENTILAÇÃO POR CPAP

A respiração com pressão positiva contínua nas vias aéreas (RPPC) consiste na aplicação terapêutica da PEEP em respiração espontânea, onde é mantido um elevado débito de fluxo com uma mistura gasosa na fase inspiratória e níveis de PEEP na fase expiratória. Na CPAP, todo o ciclo ventilatório é realizado com um sistema pressurizado positivo e constante.

Montagem do sistema:

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos; - Separar todo o material a ser utilizado e coloque-o próximo ao leito; - Explicar o procedimento e a finalidade do mesmo a paciente; - Fixar o gerador de fluxo a um suporte de soro; - Conectar o gerador de fluxo com filtro bacteriano e viral à saída de oxigênio da rede; - Conectar uma das extremidades do tubo corrugado à máscara facial e a outra no gerador de fluxo;



	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar o PEEP, através da válvula existente na abertura frontal da máscara, conforme orientação médica dependendo da patologia; - Abrir a válvula de oxigênio; - Abrir os botões do equipamento, referentes ao ligar e desligar, oxigênio e fluxo; - Encostar a máscara na face para que a paciente acostume-se com a pressão e na sequência fixe-a; - Utilizar o fixador cefálico para fixar a máscara facial na paciente; - Atentar aos parâmetros, principalmente saturação de oxigênio; - Lavar as mãos; - Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto completo de ventilação não-invasiva (máscara com PPEP, tubo corrugado, fixador cefálico, gerador de fluxo); - Suporte de soro.

10.5. MONTAGEM E INSTALAÇÃO VENTILADOR MECÂNICO

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos e reunir o material - Ligar válvulas redutoras as respectivas mangueiras do ventilador; - Montar o circuito do ventilador, colocando filtro bacteriano e viral na extremidade;



	<ul style="list-style-type: none"> - Datar o circuito respiratório montado; - Ligar o equipamento; - Solicitar ao médico que coloque os parâmetros ventilatórios; - Auxiliar na instalação do circuito a paciente, após intubação; - Lavar as mãos; - Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o tubo pérvio, aspirar sempre que necessário; - Retirar o acúmulo de água do circuito sempre que necessário; - Trocar o circuito do respirador de 7/7 dias ou caso o mesmo esteja sujo ou danificado; - Evitar tração do circuito evitando extubação acidental; - Observar a agitação ou desconforto respiratório, caso esteja, comunicar ao plantonista.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito do ventilador; - Filtro higroscópico; - Frasco de água destilada; - Ventilador mecânico; - Válvulas de oxigênio e ar comprimido; - Luvas de procedimento.



10.6. AUXÍLIO NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Montar e testar o ventilador mecânico, antes de iniciar o procedimento;- Solicitar que o médico coloque os parâmetros necessários no ventilador e manter modo standby;- Posicionar o carrinho de emergência, próximo ao leito;- Trazer os materiais necessários, próximo ao leito;- Posicionar a paciente em decúbito dorsal;- Retirar a cabeceira do leito;- Manter o material para aspiração pronto para uso;- Administrar as medicações conforme orientação e prescrição médica;- Auxiliar o médico na intubação, oferecendo os materiais necessários (cânula com numeração de acordo como a solicitação médica, fio guia, luva estéril, laringoscópio, xilocaína spray);- Encaixar o circuito do ventilador na cânula, após ausculta feita pelo médico da localização do tubo;- Realizar a fixação da cânula orotraqueal com cadarço, observando a numeração do tubo;- Observar a expansão torácica e a saturação de oxigênio, traumatismo de orofaringe, sangramento oral ou orotraqueal, perfusão periférica;- Lavar as mãos;- Registrar o procedimento na anotação de enfermagem, carimbar e assinar.



Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar no procedimento de intubação e relacionados à técnica como posicionamento e auxílio, caso haja necessidade realizar administração de medicamentos; - Auxiliar na fixação da cânula; - Deixar a paciente confortável; - Lavar as mãos; - Realizar anotação de enfermagem correspondente.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica; - Contaminação do material; - Hipóxia; - Broncoaspiração; - Intubação seletiva; - Quebra de dentes.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara descartável; - Óculos de proteção; - Par de luvas estéreis; - Sonda de aspiração valvulada; - Frasco de aspiração; - Umidificador; - Extensão de silicone estéril; - Estetoscópio; - Ventilador mecânico com circuito montado; - Frasco coletor de secreção descartável; - Vacuômetro; - Carrinho de emergência; - Cânula de entubação orotraqueal (nº conforme solicitado pelo médico); - Luvas de procedimento;



	<ul style="list-style-type: none">- Fio guia;- Ambú com reservatório e máscara;- Laringoscópio e lâminas.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none">- Promover ventilação adequada;- Evitar PCR;- Prevenir infecções;- Manter as vias aéreas desobstruídas.





11. ROTINAS RELACIONADAS À NUTRIÇÃO

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR Sonda NASOGÁSTRICA

Tem por finalidade nutrir e hidratar a paciente que não pode manter a ingesta alimentar por via oral ativamente, restabelecer o volume líquido do organismo, elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Treinar e supervisionar a execução da rotina;- Efetuar a passagem da sonda, após prescrição médica;- Verificar localização e fixação da sonda;- Registrar o procedimento em prontuário.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Lavar a mãos;- Verificar a dieta prescrita;- Conferir o rótulo da dieta;- Colocar a paciente em decúbito elevado 30° a 45°;- Aspirar ao conteúdo gástrico e verificar estase;- Adaptar o equipo ao frasco e retirar o ar;- Fechar a pinça do equipo;- Orientar a paciente quanto ao procedimento;- Colocar a dieta e bomba no suporte de soro;- Retirar o protetor da sonda nasogástrica;- Checar a localização da sonda;- Conectar o equipo à sonda;- Programar a bomba conforme prescrição;- Deixar a paciente confortável;



	<ul style="list-style-type: none"> - Instalar a bomba de infusão, e programá-la em horas ou mL/hora conforme prescrição médica; - Injetar a água (aproximadamente 20ml) após o termino da dieta para lavagem da sonda; - Fechar a sonda; - Deixar a paciente confortável; - Manter o ambiente em ordem; - Lavar as mãos; - Anotar no prontuário, quantidade, estase e observar distensão abdominal.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Broncoaspiração: manter decúbito elevado, realizar aspiração endotraqueal; - Distensão abdominal: suspender a infusão da dieta, avisar o médico do cliente; - Se houver refluxo ou diarreia, suspender a infusão da dieta, comunicar ao médico; - Obstrução de sonda: retirar a sonda, lavá-la internamente com uma seringa e água potável para desobstruí-la, se houver condições repassar a mesma sonda.

11.1. NUTRIÇÃO ENTERAL

A nutrição enteral (NE) por sonda é o método de escolha para oferecer suporte nutricional a pacientes que têm trato gastrointestinal funcionante, mas não conseguem manter ingestão oral adequada. A Portaria nº 337 de 14 de abril de 1999 define os requisitos mínimos exigidos e descreve as boas práticas na nutrição enteral.



Responsabilidade do Enfermeiro:

- Conservar após o recebimento;
- Administrar a NE e prescrever os cuidados de enfermagem em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;
- Administrar de forma a garantir ao paciente uma terapia segura e que permita a máxima eficácia;
- Estabelecer o acesso enteral por via oro/nasogástrica ou transpilórica, para administração da NE, conforme procedimento preestabelecido.
- Assegurar que todas as ocorrências e dados referentes ao paciente e à TNE sejam registrados de forma correta, garantido a disponibilidade de informações necessárias à avaliação do paciente e eficácia do tratamento.

11.1.1. Técnica Cateterização Nasoenteral

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Lavar as mãos;- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito da paciente;- Explicar o procedimento e sua finalidade a paciente, solicitando sua colaboração;- Colocar a paciente em decúbito elevado (maior que 45°), se possível;- Calçar luvas;- Medir a distância do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide. Para o posicionamento intestinal, acrescentar, conforme a compleição da paciente, de 10 a 15 cm e marcar;- Injetar água no interior da sonda (se necessário);



- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel a 2%;
- Examinar as fossas nasais em busca de possível obstrução e escolher a narina mais permeável;
- Introduzir a sonda, sem forçar, e ao chegar à orofaringe, solicitar ao paciente que mantenha o pescoço em flexão;
- Solicitar à paciente que inspire profundamente e degluta várias vezes;
- Introduzir a sonda até a delimitação e fixá-la;
- Solicitar ao médico o pedido de raios-X;
- Verificar a localização gástrica da sonda, realizando os testes descritos abaixo;
- Fechar a sonda;
- Retirar as luvas;

- Solicitar que a paciente permaneça em decúbito lateral direito durante duas a três horas, para favorecer essa migração;
- Deixar a paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Realizar a anotação de enfermagem;
- Solicitar ao médico Raios-X para observar a localização da sonda;
- Retirar cuidadosamente o fio guia após a confirmação da localização pelo raios-X.

Observações:

- Em caso de retirada acidental da sonda, a mesma poderá ser repassada depois de lavada e seca, utilizando uma seringa para lavagem interna. Verificar a integridade,



	<p>desprezando a sonda caso apresente sinais como rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se a paciente apresentar tosse durante a introdução da sonda, retirá-la até a nasofaringe, tentando nova passagem a seguir; - As sondas de calibre menor “enrolam-se” facilmente na boca do paciente, o que dificulta o procedimento.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Sonda enteral de poliuretano tamanho 12 F com mandril; - Luvas de procedimento não estéril; - Gazes; - Seringa 20 ml; - Fita adesiva não alergênica (tipo micropore); - Lidocaína geléia a 2%.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Lesão de mucosa; - Broncoaspiração.

11.1.2. Manutenção do Cateter Enteral

- Fixar o cateter com adesivo não alergênico após ter desengordurado a pele na testa, bochecha ou nariz sem tracionar a asa do nariz (fazer alça frouxa para prevenir tensão e deslocamento). Essa fixação deve ser trocada quando necessário, modificando a posição da alça da sonda e da fixação em caso de irritação ou lesão cutânea.

- Realizar higiene das narinas com cotonetes embebidos de água, soro fisiológico ou loção de ácidos graxos essenciais (AGE).

- Manter a sonda permeável, lavando-a com aproximadamente 20ml de água, ao término de cada dieta, após administração de medicamentos ou aspiração de suco gástrico. Em caso de administração



continuada NE, “lavar” a sonda de 6 em 6 horas, aproximadamente. Utilizar o frasco de água fervida, encaminhado, para cada paciente, pela DND.

- Em caso de obstrução injetar água sob pressão, em seringa de 20ml, lembrando que a pressão excessiva pode provocar rachadura na sonda.
- Utilizar equipo próprio, azul, e trocado a cada 24 horas;
- O paciente acamado deverá ser mantido em decúbito elevado (Fowler, 30-45º) durante toda infusão da dieta e 30 minutos após.

11.2. NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP)

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Orientar a paciente, a família ou o responsável legal, quanto à utilização e controle da terapia nutricional;- Preparar a paciente, o material e o local para a inserção do cateter intravenoso;- Prescrever os cuidados de enfermagem na terapia nutricional;- Proceder ou assegurar a punção venosa periférica, incluindo a inserção periférica central (PICC);- Assegurar a manutenção das vias de administração;- Receber a Nutrição Parenteral da Farmácia e assegurar a sua conservação até a sua completa administração;- Proceder a inspeção visual da Nutrição Parenteral antes de sua administração;- Avaliar e assegurar a instalação da Nutrição Parenteral observando as informações contidas no rótulo,



	<p>confrontando-as com a prescrição médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e assegurar a administração da Nutrição Parenteral, observando os princípios de assepsia; - Assegurar a infusão do volume prescrito, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com uso de bomba de infusão; - Detectar, registrar e comunicar ao médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa; - Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente, quanto ao: peso, sinais vitais, balanço hídrico, glicosúria e glicemia, entre outros; - Efetuar e/ou supervisionar a troca do curativo do cateter venoso, com base em procedimentos preestabelecidos; - Elaborar, padronizar procedimentos de enfermagem relacionados à terapia nutricional; - Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão; - Assegurar que qualquer outra droga e /ou nutriente prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da Nutrição Parenteral, sem a autorização formal da Equipe Multiprofissional de Terapia Parenteral.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o Enfermeiro na instalação e manutenção da realização da técnica; - Assegurar a infusão do volume prescrito, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com uso de bomba de infusão.



11.2.1. Administração da Nutrição Parenteral

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de iniciar a NP, confirmar a localização do cateter (RX); - Verificar a integridade da embalagem; - Observar a solução quanto à transparência, homogeneidade, ausência de corpos estranhos e temperatura; - Conferir o rótulo (nome do paciente, composição, data e hora de manipulação/validade); - Lavar as mãos e usar luvas de procedimentos ao manipular o cateter, principalmente a conexão do sistema; - Trocar o equipo a cada bolsa, sendo 24 horas o tempo máximo de uso; - Proceder à antissepsia das conexões com álcool a 70°; - Utilizar bomba de infusão, administrando a solução em 24 horas e evitando alterações da velocidade de infusão. Anotar o horário de instalação e o volume instalado; - Controlar rigorosamente o volume infundido; - Evitar a desconexão do cateter durante a infusão da NP; <p>OBS: Durante encaminhamentos de pacientes com NP para procedimentos, retirar a bomba de infusão, mantendo o controle rigoroso do gotejamento pela pinça rolete e orientando a equipe que recebe a</p>



	<p>paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em caso de encaminhamento para cirurgia, suspender a NP e instalar S.G.10%; - Em caso de interrupção brusca da NP, instalar SG a 10%, na mesma velocidade de infusão, durante oito horas, para evitar a ocorrência de hipoglicemia.
Complicações	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas ao cateter venoso, à homeostase metabólica e a alterações do trato gastrointestinal. Estas complicações são potencialmente letais e devem ser prevenidas, reconhecidas e corrigidas; - Relacionadas à punção: Pneumotórax, hemotórax, quilotórax, embolia gasosa, punção arterial, trauma nervoso. - Mecânicas: mau posicionamento do cateter, oclusão, ruptura, embolização, flebite, trombose. - Infecciosas: Colonização do cateter, infecção relacionada à inserção, infecção do túnel, infecção sanguínea relacionada ao cateter. -Metabólicas: Hiperglicemia, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, retenção de CO₂, azotemia pré renal, distúrbios ácido-básicos. - Gastrointestinais: Gastrite e ulceração, disfunção hepática, atrofia da mucosa intestinal





12. AFERIÇÃO DE PVC (PRESSÃO VENOSA CENTRAL)

Em termos fisiológicos, a mensuração da PVC é um dos métodos acurados da estimativa da pressão de enchimento do ventrículo direito, de grande relevância na interpretação de sua função.

Materiais necessários para se monitorizar uma PVC em coluna de água

- 01 Suporte de soro;
- 01 Equipo de monitorização de PVC;
- 01 Frasco de SF 0,9% 500 ml;
- Fita adesiva;
- Régua de nível.

Materiais necessários para se monitorizar a PVC através de transdutor eletrônico

- 01 Monitor multiparamétrico;
- 01 Módulo de PVC-01 kit com transdutor e equipo descartáveis;
- 01 Transdutor eletrônico;
- 01 Frasco de SF 0,9%;
- 01 Régua de nível;
- 01 Bolsa pressurizadora.



Agente	Ação
<p>Enfermeiro e Auxiliar de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos; - Separar e levar o material até o leito do paciente - Abrir o equipo e conectar ao SF 0,9%, retirando todo o ar do equipo (das duas vias). Colocando-o em um suporte de soro; - Encontrar a linha “zero” de referência , com a régua de nível, e marcar no suporte de soro, a altura encontrada na linha “zero”; - Fixar a fita graduada ,que acompanha o equipo, começando no nº 10 (coloca-se em 10, pois, algumas camas têm ajustes de altura, podendo interferir na aferição da PVC). Deixar a fita completamente estendida; - Pegar o equipo e fixar junto ao nº10 a região do equipo em que ele se divide em duas vias; - Conectar no paciente a via mais longa, e via curta fixar junto à fita graduada; • Encontrando o “zero” de referência da PVC Normalmente são utilizados pontos de referência para se medir pressões intravasculares: como o ângulo esternal e a linha axilar média. O ponto que parece corresponde com mais exatidão à desembocadura das veias cavas no átrio direito é a linha axilar média, e é o ponto de referência mais utilizado nas mensurações de PVC. - Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal. <p>Encontra-se a linha “zero” através da linha axilar média,</p>



	<p>observando em que número se encontra diante à escala do equipo de PVC, com o auxílio da régua de nível.</p> <ul style="list-style-type: none">- Encontrar o “zero” todas as vezes que realizar as medidas, pois, a regulação de altura da cama pode ter sido alterada. <ul style="list-style-type: none">• Encontrando o valor da PVC <ul style="list-style-type: none">- Após encontrar o “zero” da PVC, fechar todas as outras vias de acesso no cateter central;- Abrir a via da paciente, que deverá ser colocada na via proximal, a solução que está na coluna graduada deverá descer;- Observar até que entre em equilíbrio com a pressão venosa central, anotando esse valor;- Diminuir esse valor com o valor do “zero” de referência e obterá o valor da PVC.- Realizar a aferição conforme prescrição médica e registrar em impresso próprio. <ul style="list-style-type: none">• Cuidados importantes: <ul style="list-style-type: none">- Verificar se existem outras soluções sendo administradas no mesmo acesso venoso central. Caso ocorra, feche todas, deixando apenas a via do equipo da PVC. Ao término da aferição, retorne o gotejamento normal das outras infusões. Outras infusões alteram o valor da PVC;- Ficar atento aos valores da PVC. Valores muito baixos podem indicar baixa volemia, e valores muitos altos, sobrecarga hídrica;- Normalmente a coluna de água ou as curvas em
--	---



	<p>monitor oscilam de acordo com a respiração do paciente. Caso isso não ocorra, investigue a possibilidade do cateter estar dobrado ou não totalmente pérvio;</p> <p>- O balanço hídrico é importante. Registre a cada 24h na folha de controle hídrico, o volume de solução infundida nas aferições da PVC.</p>
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem incorreta da coluna de água para mensuração da PVC; - Preenchimento incorreto do equipo; - Não encontrar o “zero” todas as vezes que aferir a PVC; - Cateter não locado ou obstruído; - Não fechar as outras vias de infusões ao aferir a PVC; - Não registrar valor da PVC - Contaminação dos materiais utilizados e do cateter.



13. REGISTRO DE BALANÇO HÍDRICO

Controlar rigorosamente a entrada e saída de líquidos do organismo, obtenção de dados para cálculo da reposição hídrica, proporcionando avaliação fidedigna do ganho ou perda hídrica de um paciente internado em na Unidade de Terapia Intensiva.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Mensurar os líquidos a serem administrados via enteral antes de oferecê-los ao cliente e anotar na folha de controles;- Medir e anotar o volume de líquidos administrados por via parental;- Medir o volume de cada micção no recipiente para diurese ou pesar as fraldas e anotar na folha de controles;- Anotar o volume de vômito com “X” na coluna de eliminados;- Anotar o volume de drenagens de sonda na coluna de eliminados;- Calcular o balanço hídrico parcial no final do turno (12 horas) e registrar na folha de controles;- Calcular o balanço hídrico total no final de 24 h (às 06 hs da manhã) e registrar na folha de controles e na folha de evolução de enfermagem;- Comunicar qualquer alteração. <p>Obs: A administração de hemoderivados não precisa ser lançada no balanço hídrico;</p>



	<ul style="list-style-type: none">- Ganhos são avaliados em administração de líquidos VO, EV ou outros.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Responsável pela mensuração e anotação das quantidades desprezadas ou administradas, e comunicação de intercorrências com relação a quantidades, perdas e ganhos.
Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Escolha de tempo insuficiente de intervalo para avaliação do cliente;- Falha na rapidez da implementação de medidas para sanar os problemas detectados;- Negligência na detecção precoce de sinais de desequilíbrio volêmico.
Material	<ul style="list-style-type: none">- Impresso próprio;- Folha de controles- Cálice graduado ou balança;- 01 comadre;- 01 par de luvas de procedimentos.



14. MANUSEIO DE MATERIAIS CONTAMINADOS

Tem por finalidade evitar a contaminação dos colaboradores e infecção cruzada.

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Arrumar a área de trabalho após o término da técnica e encaminhar materiais a serem descontaminados para o expurgo;- Lavar as mãos;- Equipar-se com Equipamento de Proteção Individual;- Separar o material a ser manuseado;- Atentar para a presença de material perfurocortante;- Desprezar o material perfurocortante em caixa própria;- Abrir as pinças, com exceção de Bachkaus e Pozzi e encaminhadas para limpeza;- Desprezar o material no resíduo infectante;- Encaminhar os materiais a serem limpos para área de preparo;- Retirar os equipamentos de proteção individual;- Realizar a desinfecção dos equipamentos de proteção individual (luvas de borracha/avental plástico e óculos) conforme rotina pré-estabelecida;- Lavar as mãos;- Realizar anotações se necessário; <p>OBS: Acidente com perfurocortante, por manipulação incorreta do material: comunicar a Chefia para providenciar preenchimento de impresso de acidente com material perfurocortante e encaminhamento ao PS.</p>



Material	<ul style="list-style-type: none">- Equipamento de Proteção Individual (E.P.I);- 01 Par de luvas de procedimento;- 01 par de luvas de borracha;- Máscara;- Avental plástico ;- Óculos de proteção.
-----------------	---



15. CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA

Procedimento cirúrgico que estabelece um orifício artificial na traquéia, abaixo da laringe, indicado em emergências e nas intubações prolongadas. O objetivo é não prejudicar as cordas vocais do paciente ao passar o tubo de ar. Frequentemente realizado em pacientes necessitando de ventilação mecânica prolongada. A técnica, nestes pacientes, apresenta diversas vantagens quando comparada com o tubo orotraqueal, incluindo maior conforto à paciente, mais facilidade de remoção de secreções da árvore traqueobrônquica e manutenção segura da via aérea.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a máscara; - Lavar as mãos; - Explicar o procedimento e sua finalidade para a paciente; - Reunir o material para limpeza, fixação e curativo local; - Colocar a paciente em decúbito elevado a 45°; - Colocar o biombo; - Proteger o tórax da paciente com o forro; - Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica; - Colocar gaze em quantidade suficiente dentro do campo estéril; - Certificar-se que o <i>cuff</i> da cânula de traqueostomia esteja insuflado; - Remover o curativo antigo com auxílio da pinça dente de rato; - Desprezar o curativo sujo em saco plástico próprio; - Desprezar a pinça dente de rato, na extremidade do campo; - Calçar as luvas estéreis; - Aspirar à traquéia através da cânula de traqueostomia; - Aspirar vias aéreas acima do balonete (<i>cuff</i>), pela cavidade oral,



caso se trate de cânula tipo descartável, utilizando preferência outra sonda;

- Retirar a cânula metálica interna, colocando-a na cuba rim com água e sabão, por alguns minutos;
- Remover as secreções e crostas da cânula interna, com auxílio da pinça anatômica, passando quantas gazes forem necessárias pelo interior da cânula;
- Enxaguar a cânula interna, na cuba rim, com soro fisiológico e colocá-la no campo estéril do curativo;
- Retirar as luvas;
- Adaptar uma nova sonda de aspiração na extensão de látex, deixando-a protegida pela própria embalagem;
- Calçar as luvas estéreis;
- Aspirar novamente à árvore traqueobrônquica;
- Montar a pinça Kocher com gaze, auxiliando com a pinça anatômica;
- Umedecer a gaze com solução fisiológica;
- Limpar a área ao redor da traqueostomia;
- Secar a área;
- Passar solução antisséptica ao redor da traqueostomia, em quantidade mínima;
- Introduzir a cânula interna no orifício da externa ou, se for o caso, colocar o novo conjunto de cânula (interna + externa) girando-o no interior da traquéia;
- Trocar o cadarço;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem, colaborando com equipe;
- Proporcionar conforto ao paciente;



	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar anotação de enfermagem descrevendo aspecto e características de secreção e do curativo.
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote de curativo; - Lâmina de bisturi; - Dois pares de luvas estéreis; - Gazes; - Cadarço; - Solução antisséptica; - Seringa para insuflar o cuff; - Solução fisiológica 0,9%; - Saco plástico pequeno; - Cuba rim; - Material para aspiração traqueal; - Forro; - Máscara - Óculos; - Biombo.





16. VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA – INVASIVA

Consiste na introdução de um cateter em uma artéria através de uma punção ou dissecação, que é conectado a um sistema de transmissão de pressão, um transdutor de pressão que por sua vez é conectado ao monitor.

Indicado para pacientes com:

- Níveis pressóricos instáveis, em uso de drogas vasoativas;
- Pós-operatórios de grandes cirurgias;
- Choque;
- Grandes queimados;
- Pacientes graves com mais de 70 anos;
- Dúvidas de diagnóstico;
- Politraumatizados;
- Disfunção de múltiplos órgãos;
- Sepses;
- Tromboembolismo pulmonar;
- SARA (síndrome da angústia respiratória aguda);
- Oligúria aguda no paciente grave (Insuficiência Renal Aguda);
- Pancreatite necro-hemorrágica.

16.1. TESTE DE ALLEN:

Agente	Ação
Enfermeiro	- Reunir o material; - Montar o sistema monitor transdutor conferindo o funcionamento do transdutor;



	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos; - Realizar a passagem do cateter arterial; - Fixar adequadamente o cateter a pele; - Manter o monitor com os alarmes ligados; - Conectar o domo ao transdutor, adaptar torneirinha, seringas, equipo de soro e tubo extensor; - Preencher o sistema com soro fisiológico heparinizado, evitando bolhas; - Manter o sistema pressurizado com infusão contínua de solução de heparina; - Zerar o sistema, proporcionando valores e curvas fidedignas; - Explicar o procedimento à paciente; - Avaliar o sistema arterial da paciente (as artérias radial e pediosa têm preferência, pois ambas contam com circulação colateral da artéria ulnar e tibial respectivamente e são de fácil acesso. A artéria femoral é calibrosa, porém o local dificulta a manutenção do sistema e aumenta o risco de infecção. A artéria braqueal não possui circulação colateral e tem maior possibilidade de trombose); - Fazer teste de Allen antes de puncionar artéria radial (Verificar presença de fluxo colateral. Se teste negativo, escolher outra via de acesso); - Calçar luvas; - Fazer assepsia do local com clorexidine alcoólica; - Puncionar artéria com cateter intravenoso número 20, mantendo 30° para artéria radial, pediosa, 45° para braqueal, 90° para artéria femoral; - Conectar torneirinhas duas vias no cateter intravenoso; - Adaptar tubo extensor à torneirinha do cateter intravenoso;
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> - Irrigar o sistema; - Abrir torneirinha transdutor e cateter extensor, a fim de manter sistema pérvio - Fazer curativo; - Irrigar sistema de hora em hora, ou quando necessário (curva achatada). - Ao retirar o cateter, fazer a compressão no local por 5 minutos, e realizar o curativo compressivo. <p>OBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fixar o membro de punção caso a paciente esteja confusa; -Trocar o curativo do local, evitando riscos de infecção; -Observar as extremidades do membro, puncionado a fim de detectar sinais de insuficiência arterial; -Trocar o cateter a cada 72h de acordo com normas do SCIH; -Trocar sistemas (SF, líquido, domo, torneirinha, seringas e cateter extensor) a cada 24h de acordo com normas do SCIH.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor para pressão invasiva; - Soro fisiológico 250ml; - Seringa 10ml; - Domus (<i>Sensor</i>); - Heparina (1ml p/ 250ml de SF 0,9%); - Equipo macrogotas; - 02 Extensores; - Jelco nº 20; - Torneirinha com 3 vias; - Módulo de pressão invasiva com cabo; - Pacote de PAM.





17. RISCO PARA ÚLCERA DE PRESSÃO

Úlcera por pressão é uma lesão na pele e ou nos tecidos ou estruturas subjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para a ocorrência de úlceras por pressão orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção.

Fatores de risco para úlcera por pressão:

- Grau de mobilidade alterado;
- Incontinência urinária e/ou fecal;
- Alterações da sensibilidade cutânea;
- Alterações do estado de consciência;
- Presença de doença vascular;
- Estado nutricional alterado.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Preencher folha de avaliação de risco no momento da admissão do paciente (utilizar a escala de Braden para avaliar o grau de risco) após a realização de exame físico;- Auxiliar o auxiliar de enfermagem nos cuidados.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Baixo Risco- Promover a hidratação da pele;- Evitar contato da pele com umidade;- Orientar mudança de decúbito a cada 2 horas.



- **Risco Moderado**

- Manter proeminências ósseas livre de pressão (travesseiros e coxins);
- Evitar excesso de lençóis;
- Evitar pressão mecânica, fricção; cisalhamento na pele do paciente durante as manipulações (utilizar travessas, forros de lençol, para manipular o paciente; não puxar o paciente pelas axilas);
- Evitar expor o paciente a temperaturas extremas de frio e calor;
- Rodiziar o manguito de PA e o oxímetro de pulso;
- Evitar o contato da pele com umidade, troca de fraldas a cada eliminação fisiológica e sangramento;
- Evitar decúbito elevado a 90° por tempo prolongado.

- **Alto Risco**

- Realizar a mudança de decúbito de 2/2 h, sinalizando o decúbito a cada hora;
- Realizar a hidratação da pele com óleo hidratante 3x/dia sem massagear as proeminências ósseas;
- Colocar e manter colchão piramidal;
- Proteger as proeminências ósseas com protetores cutâneos;
- Proteger os pavilhões auriculares;
- Evitar as dobras de lençol e do forro para não fazer pontos de pressão;
- Evitar a pressão mecânica, fricção e cisalhamento da pele do paciente (não puxar o paciente pelas axilas);
- Evitar expor a paciente a temperaturas extremas de



	<p>frio e calor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rodiziar o manguito de PA e o oxímetro de pulso; - Evitar o contato da pele com umidade, realizando troca de fraldas a cada eliminação fisiológica; - sangramento; - Evitar o decúbito elevado a 90 graus por tempo prolongado.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação incorreta do paciente com risco de UPP; - Não seguimento da Prescrição de Enfermagem quanto aos cuidados; - Aparecimento de úlcera por pressão; - Não notificação da ocorrência.

17.1. MUDANÇA DE DECÚBITO

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Observar e avaliar a realização do procedimento - Avaliar o surgimento de úlceras por pressão; - Coletar os dados para servirem de subsídios na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem; - Supervisionar a realização de decúbito a cada 2 horas.
Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a paciente sobre o que vai ser realizado; - Levar o material próximo ao leito; - Lavar as mãos; - Calçar as luvas de procedimentos; - Realizar a mudança de decúbito, revezando entre lado direito, esquerdo e dorsal; - Realizar a massagem de conforto com aplicação de



	hidratante (da paciente) ou “Dersani” por todo o corpo, principalmente nas proeminências ósseas; - Usar coxins para manter a paciente na posição desejada, mantendo conforto e protegendo as proeminências ósseas;
Materiais	- Luvas de procedimentos; - Coxins; - Hidratante ou “Dersani”.



18. PREVENÇÃO DE FLEBITE

Procedimento de identificação da existência de Risco de Flebite.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Puncionar preferencialmente MMSS, começando pela mão;- Realizar antisepsia com clorexidina 0,5% e troca da fixação a cada 24 horas ou de acordo com material usado, se filme transparente troca a cada 72 horas;- Trocar a punção rigorosamente a cada 72 horas e quando necessário;- Fazer a inspeção diária do local da punção, e comunicar enfermeiro, se presença de hiperemia, dor, saída de secreção no local da punção;- Valorizar a queixa da paciente;- Respeitar a diluição e tempo de infusão das drogas;- Verificar a permeabilidade do acesso venoso antes de administrar medicações;- Em caso de flebite, realizar compressa morna;- Salinizar com 10 ml de SF 0,9% após infusão da droga;- Anotar em prontuário.
Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Não notificação da flebite;- Não trocar local de acesso ou não valorizar queixa do paciente;- Infecção sistêmica.





19. RISCO DE QUEDA

Procedimento de identificação da existência de Risco de Queda, com objetivo de que não ocorram quedas, através de identificação correta do risco e instituição de protocolo de prevenção.

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Identificar as pacientes com risco para queda;- Manter grades elevadas;- Manter o ambiente livre para fácil locomoção;- Auxiliar na alimentação e nos cuidados gerais;- Orientar a paciente a não sair sozinha do leito;- Manter a contenção química ou mecânica conforme prescrição médica;- Adequar os horários dos medicamentos que possam causar sonolência;- Observar agitação, confusão, distúrbios neurológicos, uso de sedativos.
Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Identificação incorreta do paciente com risco de queda;- Queda da paciente;- Não notificação da ocorrência.





20. CURATIVOS

20.1. CURATIVOS DE FERIDAS OPERATÓRIAS

Lesões intencionadas e concisas, onde houve perda mínima de tecido, as bordas definidas e passíveis de ajustes por suturas. Com o objetivo da padronização do procedimento de curativos em incisões simples, incisões com pontos subtotais e incisões com deiscência, prevenindo contaminação da ferida, facilitar a cicatrização e proteger de traumatismo mecânico.

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos com solução antisséptica; - Reunir o material e levá-lo próximo ao leito da paciente; - Explicar o procedimento a paciente; - Atentar à privacidade da paciente (colocar biombo); - Colocar a paciente em posição adequada; - Proteger a roupa de cama com um impermeável; - Abrir o curativo com técnica asséptica; - Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; - Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril; - Umedecer o micropore com SF0,9% para facilitar a retirada; - Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo; - Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9%;



	<ul style="list-style-type: none"> - Limpar a incisão, utilizando as duas faces da gaze, sem voltar ao início da incisão; - Secar as laterais, deixando o leito da incisão úmido; - Ocluir a incisão (com gaze e/ou chumaço ou curativo transparente); - Colocar o nome, data e horário sobre o curativo depois de ocluído; - Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação. Realizar a troca após 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido) ou solto - Deixar A paciente confortável e a unidade em ordem - Lavar as mãos; - Realizar anotação de enfermagem do procedimento realizado, atentando para o aspecto da lesão (secreção, presença de sinais flogísticos, deiscência) <p>OBS:No caso de presença de pontos subtotais: lavar todos os pontos subtotais introduzindo SF 0,9%, com o auxílio de uma seringa com agulha, no interior de cada ponto, colocando uma gaze do lado oposto para reter a solução. Limpar a incisão cirúrgica principal, seguida dos pontos totais e subtotais;</p>
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote de curativo estéril; - Gaze estéril; - SF 0,9%; - Esparadrapo ou micropore; - Seringa de 20ml; - Agulha 40x12.



20.2. FERIDAS OPERATÓRIAS COM DEISCÊNCIA

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos com solução antisséptica; - Reunir o material e levá-lo próximo ao leito da paciente; - Explicar à paciente o que será feito; - Atentar à privacidade da paciente (colocar biombo); - Colocar a paciente em posição adequada; - Proteger a roupa de cama com um impermeável; - Abrir o curativo estéril com técnica asséptica; - Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; - Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril; - Umedecer o micropore com SF 0,9% para facilitar a retirada; - Remover o curativo anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo; - Lavar o leito da ferida com SF0,9% em jato com seringa de 20ml e agulha 40x12, produzindo assim uma pressão ideal para remoção de tecido desvitalizado (pressão de 8psi); - Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF0,9%; - Remover, se necessário, os resíduos de fibrina ou tecido desvitalizado utilizando desbridamento com movimentos leves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial;



	<ul style="list-style-type: none"> - Embeber a gaze com SF0,9% e cobrir todo o leito da ferida (cobertura primária), em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmido ou utilizar um curativo apropriado para o tipo de ferida; - Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore; - Colocar o nome, data e horário sobre o curativo depois de ocluído; - Realizar a troca após 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido) ou solto; - Deixar a paciente confortável e a unidade em ordem; - Lavar as mãos; - Anotar o procedimento realizado atentando para o aspecto da ferida (secreção, hiperemia, exsudato, edema, granulação, necrose, fibrina, Condições da bordas etc.)
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica do procedimento; - Contaminação do procedimento; - Contaminação da ferida; - Não registrar o procedimento.

20.3. CURATIVOS DE INSERÇÃO DE CATETERES E DRENOS

Curativo é todo material colocado diretamente sobre a inserção de um cateter ou dreno, com objetivo da padronização do procedimento de realização de curativos de cateteres (intracath, duplo lúmen, peridural, tenckhoff) e drenos (portovac, mediastinal, pleural, penrose).



Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a paciente quanto ao procedimento a ser realizado; - Reunir todo material em uma bandeja; - Alcoolizar mesa de curativo com álcool a 70%; - Lavar as mãos; - Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica; - Retirar o curativo com a ajuda da pinça dente de rato; - Fazer uma “bonequinha com gaze”, com o auxílio da pinça anatômica e Kelly e umedecer com SF 0,9%; - Iniciar a limpeza da área menos contaminada (inserção) para a mais contaminada (bordas) e extensão do cateter; - Repetir a limpeza com a mesma técnica utilizando clorexidina alcoólica 0,5%; - Ocluir o cateter; - Reunir o material utilizado; - Manter a unidade em ordem e a paciente confortável; - Lavar as mãos; - Fazer anotação de enfermagem, registrando aspecto da inserção e material utilizado. <p>OBS: Inserções ocluídas com tegaderm terão seus respectivos curativos trocados em 07 dias, desde que estejam sem presença de sujidade ou umidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserções ocluídas com micropore terão seus respectivos curativos trocados a cada 24 horas preferencialmente pós-banho; - O cateter peridural deverá ter toda a sua extensão fixada com micropore.



Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote de curativo; - Máscara cirúrgica; - Luvas de procedimento; - Ampola de SF0,9%; - Almotolia com clorexidina alcoólica 0,5%; - Tegaderm; - Micropore; - Bandeja.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica do procedimento; - Contaminação do procedimento e da inserção do cateter; - Retirada inadvertida do cateter; - Negligência da anotação de enfermagem.

20.4. TROCA DE CURATIVO DA TRAQUEOSTOMIA

Consiste na limpeza e troca da fixação da traqueostomia, a fim de manter a permeabilidade da via aérea, removendo o muco e as secreções incrustadas.

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a máscara; - Lavar as mãos; - Reunir o material e levá-lo próximo ao leito da paciente; - Explicar à paciente referente ao procedimento; - Atentar à privacidade da paciente; - Colocar a paciente em decúbito elevado 45º e proteger o tórax da mesma com um campo; - Abrir o pacote curativo com técnica asséptica;



	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; - Colocar as gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril - Calçar a luva estéril; - Aspirar a paciente se necessário; - Remover o curativo anterior com auxílio da pinça dente de rato, e desprezá-la na borda do campo; - Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF0,9%; - Limpar ao redor da traqueostomia; - Secar a área com gaze estéril; - Trocar o cadarço de fixação; - Colocar a gaze estéril ao redor da traqueostomia; - Retirar o campo do tórax da paciente ; - Deixar o paciente confortável; - Deixar a unidade em ordem; - Lavar as mãos; - Realizar anotação de enfermagem. <p>OBS: Se a cânula for plástica, verificar se o cuff está insuflado.</p>
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Bandeja de inox; - Pacote de curativo estéril; - Gaze estéril; - Soro fisiológico 0,9%; - Esparadrapo ou micropore; - Um par de luvas estéril; - Máscara;



	<ul style="list-style-type: none"> - Óculos de proteção; - Seringa para insuflar o cuff; - Cadarço; - Sonda de aspiração.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha técnica do procedimento; - Obstrução das vias aéreas; - Lesão da pele peritraqeostomia.

20.5. CURATIVOS EM OSTOMIAS (ÍLEOSTOMIA E COLOSTOMIA)

É a exteriorização através de uma abertura artificial na parede abdominal do íleo ou de uma porção do cólon.

Tendo como objetivo a padronização do procedimento de manipulação da íleostomia e da colostomia.

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a paciente o procedimento a ser realizado; - Lavar as mãos; - Colocar a máscara; - Reunir o material e levá-lo próximo ao leito da paciente; - Atentar a privacidade da paciente; - Colocar a paciente em posição adequada; - Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica; - Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; - Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o



	<p>campo estéril;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calçar as luvas de procedimento; - Remover o curativo anterior com auxílio da pinça dente de rato, e desprezá-la na borda do campo; - Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9%; - Limpar a região peri-ostoma. Proteger a ostomia com gaze, para impedir a drenagem de secreção, se necessário; - Secar a região da inserção e a seguir ao redor desta, utilizando uma gaze para cada local; - Medir o diâmetro do ostoma e cortar a placa de acordo; - Colocar a bolsa coletora e fixá-la; - Colocar o nome, data e horário sobre o curativo; - Deixar a paciente confortável e a unidade em ordem; - Realizar a anotação de enfermagem.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote de curativo estéril; - Gaze estéril; - SF 0,9%; - Micropore; - Luvas de procedimento; - Bolsa coletora; - Mascara cirúrgica; - Tesoura; - Pó, pasta, placa regeneradora (prescrição médica).



Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Cortar a placa no diâmetro errado;- Não conectar adequadamente a bolsa coletora;- Extravasamento das fezes peri-ostoma;- Lesão da pele peri-ostoma.
---------------	--



21. CONTROLE DE DIURESE

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Disponibilizar um cálice para cada paciente que necessite de controle de diurese- Orientar se possível, a paciente quanto ao controle de diurese;- Lavar as mãos;- Calçar as luvas de procedimento;- Quantificar a diurese em cálice graduado, a cada 6 horas com luva de procedimento e óculos protetor;- Desprezar no vaso sanitário;- Lavar o cálice com água;- Acionar a descarga e lavar as mãos;- Desprezar as luvas de procedimento no resíduo infectante;- Lavar as mãos;- Realizar anotação de enfermagem, computando em impresso próprio o volume e aspecto da urina; <p>Obs: Em paciente com SVD deve-se desprezar o débito no cálice e registrar o volume em impresso próprio e checar a prescrição de enfermagem;</p> <p>Caso a paciente esteja muito instável, a mensuração deve ocorrer a cada duas horas.</p>
Material	<ul style="list-style-type: none">- Cálice graduado;- Luvas de procedimento;- Óculos de proteção.



21.1. CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTES COM IRRIGAÇÃO VESICAL

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Marcar na folha de débito especial, todo soro que entra na 3ª via da sonda vesical de demora;- Transferir para o cálice, todo líquido que estiver no saco coletor de urina;- Mensurar o volume e realizar a diferença entre a entrada e a saída;- Anotar na folha da Sistematização da assistência de enfermagem o volume desprezado de diurese (a diferença ente a entrada e a saída).
Materiais	<ul style="list-style-type: none">- Cálice graduado;- Luvas de procedimento;- Folha de controle especial;
Riscos	<ul style="list-style-type: none">- Troca de cálices entre pacientes- Contaminação do cálice;- Infusão de soro fisiológico em vigência da obstrução da sonda vesical de demora, acarretando distensão vesical e comprometimento do paciente;- Erro no calculo da diurese;- Não registrar na folha de controle especial;



22. INSTALAÇÃO DE SISTEMA DE DRENAGEM DE TÓRAX FECHADA

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos. - Colocar máscara; - Explicar o procedimento e finalidade a paciente; - Reunir todo o material necessário; - Abrir todo o material necessário para que o médico realize o procedimento; - Auxiliar na paramentação médica; - Colocar o soro fisiológico ou água esterilizada no frasco até a margem demarcada do frasco, de modo que o intermediário longo fique imerso 2 cm na água, (a água colocada no frasco de drenagem atua impedindo o ar de voltar para o espaço pleural (pneumotórax)). Se o intermediário longo estiver submerso muito profundamente, ou seja, mais do que 2 cm de água, o paciente necessitará de uma pressão interpleural mais alta para conseguir respirar, prejudicando assim a expansão pulmonar; - Conectar a tampa montada no frasco de drenagem.; - Auxiliar o médico no momento da conexão do dreno a extensão; - Demarcar no frasco o nível de água, data, hora e assinar; - manter a extremidade do látex protegida; - Observar a oscilação de coluna d'água de acordo com a respiração profunda, pois a oscilação da coluna d'água mostra que há uma comunicação efetiva entre a cavidade pleural e o frasco de drenagem; - Observar o aspecto e volume e líquido drenado;



	<ul style="list-style-type: none"> - Proceder à realização de curativo de dreno de tórax. - Lavar as mãos; - Recompôr a unidade e recolher o material; - Deixar a paciente em ordem; - Anotar no prontuário o procedimento.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Frasco esteril de 500 ml graduado e com extensão; - Extensão do látex de 1,50 metros; - Esparadrapo; - Água esterilizada ou soro fisiológico; - Pinça Kelly com proteção (ou clamp); - Luva estéril; - Pacote de curativo; - Campos estéreis; - Bandeja de pequena cirurgia; - Fio nylon 3-0; - Gaze.

Observações:

A oscilação da coluna d'água cessará em duas situações, no momento em que a pleura visceral encostar na extremidade aberta do dreno, indicando que houver a reexpansão do pulmão, que provavelmente não há mais conteúdo a ser drenado, e na obstrução do dreno por coágulos; aí então faz-se a ordenha.



23. TÉCNICA DE ESVAZIAMENTO DO SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA

Procedimento onde permite a ventilação eficaz do paciente submetido a drenagem de tórax sem complicações, com o objetivo da padronização da técnica de esvaziamento do sistema de drenagem torácica.

Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Reunir todo o material;- Lavar as mãos;- Calçar as luvas de procedimento;- Orientar a paciente quanto ao procedimento;- Pinçar a extensão do dreno anterior à tampa do frasco;- Colocar o frasco graduado no chão próximo ao leito da paciente;- Abrir o frasco de água destilada;- Abrir o frasco de drenagem e desprezar o volume no frasco graduado, notar para que não encoste o frasco no cálice, e nem em outra superfície;- Lavar o frasco se necessário com água destilada e desprezar;- Encher o frasco com água destilada até a marca indicada pelo fabricante (selo d'água);- Certificar que o volume de água destilada cubra 2 cm acima do intermediário longo, fechar o frasco;



	<ul style="list-style-type: none"> - Despinçar a extensão; - Calcular o volume de secreção, subtraindo o selo d'água, desprezar o volume no expurgo; - Lavar as mãos; - Realizar a escala de débito a cada troca; - Manter o ambiente em ordem; - Anotar em uma fita o volume de água colocada no frasco, riscando a linha, anote a data, hora e responsável pelo procedimento; - Checar o procedimento na prescrição de enfermagem e anotar o aspecto e o volume do débito em registro de enfermagem, assinar e carimbar.
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Luvas de procedimento; - Água destilada; - Cálice graduado; - Fita adesiva; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Falha no procedimento técnico; - Mensuração do volume incorreta; - Não pinçar o dreno antes de abrir o frasco coletor, causando pneumotórax no paciente; - Esquecer de despinçar o dreno; - Não manter o selo d'água ou mantê-lo com água destilada insuficiente



24. Rotinas relacionadas à aspiração de vias aéreas

24.1. ASPIRAÇÃO COM SISTEMA ABERTO:

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Realizar ausculta pulmonar;- Paramentar-se com óculos, máscara e luva de procedimento- Abrir a ponta do pacote com a sonda de aspiração e conectar ao sistema de vácuo – reservar;- Calçar luva estéril na mão dominante;- Retirar a sonda da embalagem com a mão da luva estéril cuidadosamente para não contaminar a sonda;- Abrir o vácuo;- Acionar alarme de silêncio do ventilador;- Colocar oxigênio a 100% enquanto estiver aspirando, não esquecer no término do procedimento de retornou a fio O₂ anterior;- Desconectar o circuito do aparelho da cânula de entubação;- Introduzir a sonda de aspiração sem vácuo de forma suave até sentir qualquer resistência. Acionar o vácuo e aspirar a secreção retirando a sonda devagar;- Instilar SF0 9%, de 2 a 3ml, se a secreção estiver espessa ou se observar presença de rolha de



	<p>secreção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar a saturação de O₂; - Conectar a paciente no respirador; - Manter a saturação em 94%; - Repetir o procedimento, se necessário; - Lavar o sistema de vácuo com água destilada; - Colocar a paciente em posição confortável e deixar a unidade em ordem; - Lavar as mãos; - Registrar o procedimento. <p>Obs: Não esquecer desligar a dieta enteral antes de iniciar o procedimento de aspiração.</p>
--	---

24.2. ASPIRAÇÃO COM SISTEMA FECHADO:

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Paramentar-se com luva de procedimento; - Conectar o sistema de vácuo na sonda de sistema fechado; - Abrir o vácuo; - Acionar o alarme de silêncio do respirador; - Segurar o encaixe sonda/cânula com firmeza; - Introduzir a sonda de aspiração sem vácuo, de forma suave, até sentir qualquer resistência. Acionar o vácuo e aspirar a secreção retirando a sonda devagar; - Instilar SF0,9% de 2 a 3 ml, se a secreção estiver espessa ou se observar presença de rolha de secreção; - Observar a saturação;



	<ul style="list-style-type: none">- Repetir o procedimento, se necessário;- Aspirar as vias superiores, iniciando pela cavidade nasal e posteriormente a cavidade oral;- Introduzir a sonda de aspiração sem vácuo de forma suave, até sentir resistência;- Acionar o vácuo e aspirar a secreção movimentando a sonda devagar;- Lavar o sistema de aspiração com água destilada;- Desprezar a sonda e as luvas;- Lavar as mãos;- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem e realizar anotação de enfermagem;
--	--

Recomendações gerais

- Utilizar sempre material descartável
- Utilizar SF0,9% 10 ml e desprezar após o uso
- Realizar o procedimento de aspiração somente se necessário
- Quando houver ausculta que defina presença de secreção pulmonar ou a critério do profissional responsável;
- Uma vez, que os circuitos de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva foram montados, os mesmos poderão ser utilizados até 48 horas da montagem, desde que, estejam protegidos. Após este período, se não estiverem em uso, deverão ser encaminhados para CME;
- Recomenda-se o controle da dor para uma melhor mobilidade torácica, pois a dor interfere na tosse e na respiração profunda.



24.3. TROCA DE ACESSÓRIOS RESPIRATÓRIOS

Troca de acessórios respiratórios utilizados pelos pacientes por acessórios limpos, a fim de evitar infecção.

Ventilador mecânico:

- Utilizar circuitos respiratório estéreis;
 - A troca do circuito só deverá ser feita na presença de sujidade ou mau funcionamento e não de forma rotineira;
 - Encaminhar protocolados, os circuitos (completos) para a CME para ser realizada a limpeza com detergente enzimático e seguir para a esterilização com óxido de etileno;
 - Utilizar filtros com exceção das pacientes que necessitam de uso do umidificador aquecido (secreção espessa e/ou sanguinolenta, hipotérmico, etc.);
 - Trocar o filtro a cada 24 horas;
 - Utilizar água estéril no reservatório do umidificador aquecido.
- No caso de troca de circuito, trocar todo o circuito, inclusive o reservatório do umidificador;
- Descartar periodicamente o líquido condensado no circuito para não refluir para o paciente ou contaminar o ambiente;
 - Utilizar luvas de procedimento ao descartar o líquido condensado do circuito;
 - Descartar o líquido em lixo contaminado;
 - Lavar as mãos após o procedimento;
 - Ao realizar a extubação, antes de esvaziar o cuff da cânula endotraqueal, realizar aspiração da cânula e vias aéreas.



Umidificadores de parede:

- Trocar apenas se houver sujidade visível ou mau funcionamento, deverá ser trocado o circuito todo e entre cada paciente;
- Utilizar os umidificadores a seco, controlando a quantidade de fluxo de oxigênio;
- Encaminhar para CME para a limpeza com detergente enzimático e esterilização.

Nebulizadores:

- Utilizar água estéril nos reservatórios dos umidificadores. Após abrir o frasco de água destilada, desprezar o que não utilizar
- Encaminhar para CME para a limpeza com detergente enzimático e esterilização.

Máscaras de nebulização:

- Realizar a troca a cada 24 horas
- Encaminhar para a CME para ser realizada limpeza com detergente enzimático e esterilização.

Máscaras de Venturi:

- Trocar apenas se houver sujidade ou mau funcionamento;
- Encaminhar para CME para ser realizada a limpeza com detergente enzimático e a seguir ser submetida à desinfecção de alto nível.

Cateter de O₂:

- Trocar apenas se houver sujidade visível ou mau funcionamento;



- Descartável.

Inaladores:

- Realizar a troca a cada uso;
- A cada procedimento de inalação, descartar o resíduo e guardar o inalador na embalagem.

Ambu

- Utilizar ambus individuais;
- Encaminhar para CME, após o uso, para ser realizada a limpeza com detergente enzimático e a seguir ser encaminhado para esterilização.

Laringoscópio:

- Lavar com água e sabão a cada uso e realizar desinfecção com álcool 70%.

Máscara e circuito de CPAP:

- Entre cada paciente, encaminhar a CME para realização de desinfecção de alto nível
- Não há troca programada. Trocar apenas na presença de sujidade visível ou mau funcionamento

Sistema de aspiração:

- Aberto: utilizar sonda de aspiração descartável



Agente	Ação
Enfermeiro Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir todo o material; - Calçar a luva de procedimento; - Recolher o acessório respiratório usado; - Colocá-lo em recipiente próprio; - Encaminhar ao CME para ser processado; - Retirar as luvas e lavar as mãos; - Retirar o acessório limpo e instalar na paciente. <p>OBS: A periodicidade da troca deverá ser realizada conforme a padronização da SCIH.</p>
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Luva de procedimento; - Acessório respiratório limpo; - Bandeja; - Caderno de registro.





25. TROCA/MONTAGEM DO CIRCUITO PARA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Agente	Ação
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar as mãos; - Reunir o material necessário e colocar em bandeja; - Confirmar o nome e o leito da paciente; - Orientar a paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; - Calçar as luvas; - Montar o circuito de forma asséptica, protegendo a saída da paciente com filtro higroscópico; - Colocar água no copo umidificador até o limite ideal de uso; - Ligar o respirador e realizar teste de funcionamento; - Ajustar os alarmes de acordo com os parâmetros a serem utilizados pelo paciente (caso paciente novo solicitar médico plantonista ou fisioterapeuta); - Conectar o circuito à cânula da paciente de forma adequada; - Identificar data, hora e pessoa que realizou a montagem em etiqueta específica; - Promover monitorização cardíaca e oximetria constantes; - Manter a paciente confortável e o ambiente organizado; - Lavar as mãos; - Manter o circuito do respirador, após o procedimento de extubação, protegido com gaze estéril ao lado do leito por até 07 dias;



	<p>- Realizar as anotações necessárias.</p> <p>Obs: caso o circuito seja montado, porém não usado, não deve ser colocado água no umidificador</p>
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - 01 Ventilador completo; - 01 Circuito para ventilador; - 01 Copo de umidificação e extensão; - 01 Ambú com bag; - 01 Fluxômetro de O₂; - 02 Frascos de água destilada de 250ml; - 01 Equipo simples (para pediatria); - 01 Luva estéril; - 01 Manômetro de oxigênio; - 01 Manômetro de ar comprimido; - 01 Filtro higroscópico (adultos); - 01 Etiqueta para identificação da data de montagem / troca.
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> - Barotrauma: conferir alarmes do respirador sempre que o mesmo disparar, checando todos os parâmetros; - Contaminação do circuito: realizar troca de circuitos; - Alteração na rede elétrica ou rede de gases: manter aparelho conectado a rede elétrica, mesmo quando não estiver em uso, realizar ventilação manual até estabilização da rede elétrica ou de gases; - Desconexão acidental com perda da ventilação e risco de hipoxemia: conferir alarmes do respirador sempre que o mesmo disparar, checando todos os parâmetros.



26. ESCALAS UTILIZADAS NA UTI

26.1. ESCALA DE BRADEN (AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO)

As alterações da integridade da pele que comumente resultam em lesões denominadas úlceras de pressão (U.P.), escaras ou úlceras de decúbito, tem sido relatadas como sendo objeto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale, porém o problema continua sendo bastante comum em pacientes cuidados nos hospitais e domicílios.

Os pacientes críticos reúnem todas as condições para desenvolver úlcera por pressão, pois muitas vezes ficam acamados, imobilizados e com má perfusão tecidual. O enfermeiro tem papel essencial em identificar o grau de risco do paciente em desenvolver úlcera por pressão visando medidas profiláticas.

Utiliza-se a Escala de Braden para todos os pacientes admitidos na UTI Adulto e na evolução diária da paciente até sua alta. Quanto menor for a pontuação, maior será o risco.

A escala de Braden é composta de 6 subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, e pacientes adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de úlcera por pressão. Em população mais velha, os graus 17 ou 18 já podem ser considerados críticos. Utilizaremos o escore 16 como crítico para desenvolvimento de úlceras por pressão.



PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
UMIDADE	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada
ATIVIDADE	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
MOBILIDADE	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
NUTRIÇÃO	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum problema	

26.2. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Esta escala permite ao examinador classificar objetivamente as três principais respostas do paciente ao ambiente: abertura dos olhos, verbalização e movimento. Em cada categoria, a melhor resposta recebe uma nota. O escore total máximo para uma pessoa totalmente desperta é de 15. Um escore mínimo de 3 indica um paciente completamente não responsivo. Um escore geral de 8 ou menor está associado ao coma. Essa escala não é útil como um guia de avaliação de pacientes em comas



prolongados, ou durante recuperação prolongada de lesão encefálica grave.

<i>Escala de Coma de Glasgow</i>	Escore
Melhor Resposta de Abertura dos Olhos	
Espontânea	4
Ao estímulo verbal	3
Ao estímulo doloroso	2
Ausente	1
Melhor Resposta Verbal	
Consciente e orientado	5
Confuso	4
Palavras desconexas	3
Sons	2
Ausente	1
Melhor Resposta Motora	
Obedece aos comandos	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retira estímulos dolorosos	4
Reage com flexão anormal (decorticação)	3
Reage com extensão anormal (descerebração)	2
Sem resposta motora	1

26.3. ESCALA DE SEDAÇÃO RAMSAY

A sedação faz parte integral da rotina das unidades de terapia intensiva (UTI) por reduzir o desconforto e a ansiedade associados a este ambiente. Ela diminui a resposta ao estresse e a ansiedade, promove



amnésia de eventos desagradáveis, aumenta a tolerância ao suporte ventilatório e facilita os cuidados de enfermagem.

A escala de Ramsay avalia o grau de sedação em pacientes de Terapia Intensiva com escala de valores de 0 a 6.

Grau 1	Paciente ansioso, agitado
Grau 2	Cooperativo, orientado, tranqüilo
Grau 3	Sonolento, atendendo aos comandos
Grau 4	Dormindo, responde rapidamente ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 5	Dormindo, responde lentamente ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 6	Dormindo, sem resposta



27. LIMPEZA DA UNIDADE

O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares, por garantir a higiene das áreas e artigos do hospital, reduzindo assim as infecções cruzadas. Na medida em que estas infecções podem ser a consequência da exposição ao ambiente contaminado, através da poeira mobiliária, equipamentos e outros. Uma higiene ambiental eficiente é fundamental para a diminuição das infecções.

Este capítulo tem por finalidade nortear as ações nesta área, também considerada de apoio à prevenção e ao controle das infecções hospitalares. Desta forma, temos a preocupação de oferecer aos profissionais desta instituição informações a serem acrescentadas ao seu acervo de conhecimentos, que possibilitem a vigilância das ações executadas pela empresa contratada para a higiene e, principalmente, uma maior segurança no ambiente hospitalar.

27.1. DEFINIÇÕES DE TERMOS

ÁREA CRÍTICA: Local que oferece maior risco de transmissão de infecção seja pela baixa resistência do paciente ou pelas atividades desenvolvidas. Exemplo: Bloco Cirúrgico.

CONCEITOS DE LIMPEZA: A limpeza é o processo de localizar, identificar, conter, remover e se desfazer de forma adequada, substâncias indesejáveis, ou seja, poluentes de uma superfície ou ambiente. Em outra definição, limpeza é a remoção de qualquer corpo indesejável, visível ou não, de uma superfície, sem alteração das características originais do item



que está sendo limpo, e onde o processo utilizado não seja nocivo ao meio ambiente.

LIMPEZA HOSPITALAR: É o processo de remoção de sujidades mediante a aplicação de ação ou energia química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo. Consideraremos como limpeza hospitalar a limpeza das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas hospitalares, o que inclui pisos, paredes, janelas, mobiliários, instalações sanitárias, sistemas de ar condicionado e caixas d'água.

LIMPEZA DIÁRIA OU CONCORRENTE: É a limpeza feita nas superfícies hospitalares mais freqüentemente utilizadas enquanto ocupadas por pacientes. Pode ser realizada mais de uma vez por dia, quando necessário.

LIMPEZA TERMINAL: É a limpeza que abrange todas as superfícies (teto, parede, piso e mobiliário). Pode ser feita após alta, óbito ou transferência do paciente, após o término do turno de trabalho, ou conforme protocolo previamente estabelecido (semanal, quinzenal, mensal, etc.). A enfermagem retira roupas da cama e solicita ao serviço de limpeza que faça a limpeza terminal do leito, assim que a paciente tiver alta hospitalar.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A LIMPEZA:

- Unidirecional (não realizar movimentos de vai e vem);
- De cima para baixo;
- Do mais distante para o mais próximo;



- De dentro para fora;
- De trás para frente;
- Do mais limpo para o mais sujo.

DESINFECÇÃO: Destruição de microorganismos, exceto os esporulados, pela aplicação de meios físicos ou químicos, em artigos ou superfícies.

DESINFECÇÃO CONCORRENTE: É a desinfecção feita após a limpeza concorrente.

DESCONTAMINAÇÃO: Procedimento realizado nos casos de extravasamento de matéria orgânica (sangue, secreções, excrementos).

DESINFECÇÃO TERMINAL: É a desinfecção feita após a limpeza terminal.

DEGERMAÇÃO: Remoção ou redução de microorganismos da pele, seja por meio de limpeza mecânica (sabão com escovação), seja por meio de agentes químicos (anti-sépticos).

ASSEPSIA: Processo que permite afastar os germes patogênicos de um local ou objeto.



27.2. PRODUTOS DE LIMPEZA

27.2.1. Conceitos:

Sabões/detergentes: são solúveis em água, contêm tensoativos em sua formulação, com a finalidade de emulsificar e facilitar a limpeza.

Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e anti-sépticos.

Desinfetantes: são germicidas de nível intermediário de ação, não são esporicidas.

27.2.2. Produtos Utilizados

- Água;
- Detergente;
- Cloro orgânico;
- Álcool;
- Hipoclorito de Sódio.

PRODUTO	DILUIÇÃO	UTILIZAÇÃO	TEMPO DE AÇÃO
Detergente ou Sabão neutro	De acordo com orientação do fabricante	Indicado na limpeza de superfícies, (concorrente e terminal)	Imediato



Cloro Orgânico	Usar na forma líquida: diluir 300grs do produto para 10 litros de água (3%).	Desinfecção de sanitários e descontaminação de superfícies.	10 minutos
Álcool	Utilizado na concentração de 70%	Indicado na desinfecção de mobiliários em geral e equipamentos permanentes	Imediato
Hipoclorito de Sódio	Utilizado na concentração de 1%	Indicado na desinfecção de: teto, paredes, pisos e outras superfícies fixas.	10 minutos

27.2.3 Periodicidade de limpeza Unidade de Terapia Intensiva - Adulto

Após a alta de cada paciente, é realizada a limpeza terminal conforme protocolo da limpadora validado pela SCIH do Hospital. Esta limpeza contempla os seguintes itens: Box da paciente contendo cama, criado mudo, poltrona, divisória de leito, paredes. A enfermagem realiza a limpeza dos equipamentos. A limpeza terminal da unidade ocorre toda segunda feira



27.3. CONTROLE DA LIMPEZA DE ARMÁRIOS, EQUIPAMENTOS E GAVETAS

Procedimento realizado semanalmente, aos sábados, para limpeza e desinfecção dos armários do posto de enfermagem, equipamentos e gavetas com posterior checagem do procedimento em planilha própria, conforme distribuição de acordo com escala.

Agente	Ação
Auxiliar de enfermagem	<p>- Proceder com a limpeza dos equipamentos, armários e gavetas, com checagem da validade dos medicamentos, com compressa e álcool 70% e se houver sujidade usar água e sabão, segundo a padronização da instituição de acordo com a CCIH</p> <p>OBS: Deve-se cumprir o cronograma de limpeza, além da limpeza de equipamentos e utensílios, sempre que apresentar sujidade ou haver alta de paciente.</p>
Material	<p>- Álcool 70 %;</p> <p>- Compressa;</p> <p>- Água e sabão.</p>
Riscos	<p>- Não limpar de forma adequada;</p> <p>- Não garantir a realização da limpeza de forma correta e no prazo estipulado;</p> <p>- Esquecer de desinfetar estes materiais causando com isso a propagação de microorganismos para outros pacientes e equipe.</p>



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANVISA, Higienização das mãos em Serviços de Saúde.
2. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia , vol 48, n.3, SP, 2004.
3. Atualização Brasileira sobre Diabetes 2006.
4. BERGASTROM, N; ALLMAN,RM; CARLSON, CE, et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction an Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians, nº 3. Rockville, MD: US. Departament of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AH CPR Publication nº 92-0050, May 1992.
5. COLEÇÃO DE PROTOCOLOS HMEC - MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM BLOCO CIRÚRGICO – HMEC, 3ª edição 2009 Ed. Departamento Técnico Prefeitura Municipal de São Paulo.
6. Conselho Regional de Enfermagem – Código de ética dos Profissionais de Enfermagem – Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.
7. CRAVEN, R.F, HIRLE, C. J – Integridade da pele e cicatrização da ferida in Fundamentos de Enfermagem – Saúde funções humanas (pp.973-1015). 2006, ed Guanabara Koogan.
8. CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Assepsia e controle de infecção in Fundamentos de Enfermagem – Saúde e funções humanas, (pp. 470-501), 2006. ed Guanabara Koogan.
9. CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Auto cuidado e higiene in Fundamentos de Enfermagem – Saúde funções humanas (pp.693-740), 2003, ed. Guanabara Koogan.
- 10.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Avaliação do Sinal Vital in Fundamentos de Enfermagem – Saúde e funções humanas (pp.433-465). 2006 ed Guanabara Koogan.



- 11.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Eliminação Intestinal in Fundamentos de Enfermagem – Saúde funções humanas, (pp.1088-1125). 2006, ed Guanabara Koogan
- 12.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Eliminação urinária in fundamentos de enfermagem – saúde funções humanas, (pp.1052-1087). 2006, ed Guanabara Koogan.
- 13.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Eliminação urinária in Fundamentos de Enfermagem – Saúde e funções humanas, (pp. 1052-1087), 2006. ed Guanabara Koogan.
- 14.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Oxigenação função respiratória in Fundamentos de Enfermagem – Saúde e funções humanas,(pp. 801-854), 2006, ed Guanabara Koogan.
- 15.CRAVEN, R.F, HIRLE, C.J – Terapia Intravenosa in Fundamentos da Enfermagem- Saúde e funções humanas (pp.562-595).2006, ed Guanabara Koogan
22. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002.
- 16.CRAVEN, R.F, HIRNLE, C.J. - “Administração de medicamentos” in Fundamentos de Enfermagem – Saúde e funções humanas (pp.502-595). 2006.ed. Guanabara Koogan .
- 17.CRAVEN,R.F.; HIRNLE,C.J.- 'Oxigenação: função respiratória' in Fundamentos de Enfermagem - Saúde funções humanas (pp801-854)., 2006, ed Guanabara Koogan.
- 18.FERNANDES, A.T, Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. ed. Atheneu. 2000.
- 19.GOMES, A.M. Planta física, equipamentos e dotamento de pessoal, Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Cap.3, p.17-31, 1988.
- 20.KNOBEL, E. Condutas no Paciente Grave. Ed. Atheneu, São Paulo. 1994.



- 21.LASELVA, C.R., MUORA JR, D.F.Enfermagem: Terapia intensiva., SP, Atheneu, 2006.
- 22.Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 – Lei que regulamenta o exercício da enfermagem;
- 23.MAGNONE, C.D; CUKIER., Perguntas e Respostas em nutrição Clínica. Ed Rocca.
- 24.MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Número 1884/GM de 11de novembro de 1994.
- 25.MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Número 3432/GM de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação e cadastramento Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI
- 26.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Resolução-RDC N.7 de 24 de fevereiro de 2010.
- 27.MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, Departamento de Normas Técnicas: Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, 140p., 1995.
- 28.PADILHA, K.G et al. Estrutura Física das Unidades de Terapia Intensiva do Município de São Paulo, Revista Brasileira de Terapia Intensiva v.9,n 2, p.71-76, 1997.
- 29.PIERGEORGE, A.R.; CESERANO F.L.; CASANOVA, DM. Designing the critical care unit: A multidiciplinary approach. Crit Care Med, 11:541-545, 1983.
- 30.PORTARIA DO MINISTÉRIO DE SAÚDE 337/99.
- 31.ROGANTE, E.M., FURCOLIN, M.I.R., Procedimentos especializados de enfermagem, SP, Atheneu, 2000
- 32.ROGANTE, M.M.; FURCOLIN, M.I.R. Procedimentos especializados em enfermagem, SP, Atheneu 2000.



- 33.SMELTZER SC, BARE BG, Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 2 ed., RJ, Guanabara Koogan, 2002
- 34.SOUZA, V.H. O hospital Manual do ambiente hospitalar, 1 ed., Maxi editora, 2005.
- 35.SPRINGHOUSE, Corporation – Interpretação do ECG in Série incrivelmente fácil. 2004, 2 ed. Ed Guanabara Koogan.
- 36.UNICAMP, CCIH, Manual de normas e procedimentos técnicos para prevenção e controle de infecções hospitalares, 2003.
- 37.WEDEL, S.MD, FCCM et al. Guidelines for intense care unit desing: Guidelines/Pratice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine, v.23 n.3, p..582-588,1995.



ANEXO I

ABREVIATÖES UTILIZADAS NA UTI

ABREVIATÖÖ	DEFINITÖÖ
A/C	ASSISTIDA CONTROLADA
AA	AR AMBIENTE
aaa	AFEBRIL, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA
AOE	ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA
ATB	ANTIBIOTICOTERAPIA
BEG	BOM ESTADO GERAL
BH	BALANÇO HÍDRICO
BI	BOMBA DE INFUSÃO
Bpp	BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA
BRNF 2t s/s	BULHAS RÍTMICAS NORMOFONÉTICAS SEM SOPRO
CAT O2	CATETER DE OXIGÊNIO
CPAP	PRESSÃO CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS
CVC	CATETER VENOSO CENTRAL
CVD	CATETER VESICAL DE DEMORA
DLD	DECÚBITO LATERAL DIREITO
DLE	DECÚBITO LATERAL ESQUERDO
DOBUTA	DOBUTAMINA
DOPA	DOPAMINA
DX	DEXTRO
ECG	ELETROCARDIOGRAMA
ECO	ECOCARDIOGRAMA



Fi O2	FRAÇÃO DE OXIGÊNIO
FO	FERIDA OPERATÓRIA
FR	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HD	HEMODIÁLISE
HTD	HEMITÓRAX DIREITO
HTE	HEMITÓRAX ESQUERDO
ID	INTRADÉRMICA
IOT	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
IRA	INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
IRC	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
IV	INTRAVENOSA
KCL	CLORETO DE POTÁSSIO
L/m	LITROS POR MINUTO
MEG	MODERADO ESTADO GERAL
MgSO4	SULFATO DE MAGNÉSIO
ml/h	MILILITRO POR HORA
MV s/ra	MURMÚRIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS
NaCL	CLORETO DE SÓDIO
NebO2	NEBULIZAÇÃO
NORA	NOREPINEFRINA
P Insp	PRESSÃO INSPIRATÓRIA
PAM	PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA
PEEP	PRESSÃO POSITIVA NO FINAL DA EXPIRAÇÃO
PSV	VENTILAÇÃO COM PRESSÃO DE SUPORTE



PVC	PRESSÃO VENOSA CENTRAL
RATE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
REG	REGULAR ESTADO GERAL
RHA	RUÍDOS HIDROAÉREOS
s/DVA	SEM DROGA VASOATIVA
SAT O2	SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO
SC	SUBCUTÂNEA
SIMV	VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA
SNE	SONDA NASOENTERAL
SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
SSVV	SINAIS VITAIS
SVD	SONDA VESICAL DE DEMORA
Tq	TRAQUEOSTOMIA
VAS	VIAS AÉREAS SUPERIORES
VJD	VEIA JUGULAR DIREITA
VJE	VEIA JUGULAR ESQUERDA
VM	VENTILAÇÃO MECÂNICA
VO	VIA ORAL
VSCD	VEIA SUBCLÁVIA DIREITA
VSCE	VEIA SUBCLÁVIA ESQUERDA
ABREVIACÃO	DEFINIÇÃO
A/C	ASSISTIDA CONTROLADA
AA	AR AMBIENTE
aaa	A FEBRIL, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA
AOE	ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA
ATB	ANTIBIOTICOTERAPIA



BEG	BOM ESTADO GERAL
BH	BALANÇO HÍDRICO
BI	BOMBA DE INFUSÃO
Bpp	BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA
BRNF 2t s/s	BULHAS RÍTMICAS NORMOFONÉTICAS SEM SOPRO
CAT O ₂	CATETER DE OXIGÊNIO
CPAP	PRESSÃO CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS
CVC	CATETER VENOSO CENTRAL
CVD	CATETER VESICAL DE DEMORA
DLD	DECÚBITO LATERAL DIREITO
DLE	DECÚBITO LATERAL ESQUERDO
DOBUTA	DOBUTAMINA
DOPA	DOPAMINA
DX	DEXTRO
ECG	ELETROCARDIOGRAMA
ECO	ECOCARDIOGRAMA
Fi O ₂	FRAÇÃO DE OXIGÊNIO
FO	FERIDA OPERATÓRIA
FR	FREQUÊNCIA RESPITÓRIA
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HD	HEMODIÁLISE
HTD	HEMITÓRAX DIREITO
HTE	HEMITÓRAX ESQUERDO
ID	INTRADÉRMICA
IOT	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
IRA	INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



IRC	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
IV	INTRAVENOSA
KCL	CLORETO DE POTÁSSIO
L/m	LITROS POR MINUTO
MEG	MODERADO ESTADO GERAL
MgSO ₄	SULFATO DE MAGNÉSIO
MI/h	MILILITRO POR HORA
MV s/ra	MURMÚRIOS VESICULARES SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS
NaCL	CLORETO DE SÓDIO
NebO ₂	NEBULIZAÇÃO
NORA	NOREPINEFRINA
P Insp	PRESSÃO INSPIRATÓRIA
PAM	PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA
PEEP	PRESSÃO POSITIVA NO FINAL DA EXPIRAÇÃO
PSV	VENTILAÇÃO COM PRESSÃO DE SUPORTE
PVC	PRESSÃO VENOSA CENTRAL
RATE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
REG	REGULAR ESTADO GERAL
RHA	RUÍDOS HIDROAÉREOS
s/DVA	SEM DROGA VASOATIVA
SAT O ₂	SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO
SC	SUBCUTÂNEA
SIMV	VENTILAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA
SNE	SONDA NASOENTERAL



SNG	SONDA NASOGÁSTRICA
SSVV	SINAIS VITAIS
SVD	SONDA VESICAL DE DEMORA
Tq	TRAQUEOSTOMIA
VAS	VIAS AÉREAS SUPERIORES
VJD	VEIA JUGULAR DIREITA
VJE	VEIA JUGULAR ESQUERDA
VM	VENTILAÇÃO MECÂNICA
VO	VIA ORAL
VSCD	VEIA SUBCLÁVIA DIREITA
VSCE	VEIA SUBCLÁVIA ESQUERDA



ANEXO II

Diagnósticos de Enfermagem mais utilizados na Instituição

• DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – UTI ADULTO

ANSIEDADE

Definição:

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhados por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Características Definidoras:

Agitação; Insônia; Nervosismo; Preocupação; Tendência a culpar outros; Consciência dos sintomas fisiológicos; Confusão; Preocupações expressas em razão de mudança em eventos da vida, Excessivamente excitado.

Fatores Relacionados:

Mudança na função do papel; Mudança no estado de saúde; Ameaça de morte, Ameaça ao estado de saúde.

NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

Definição:

Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.



Característica Definidora:

Cólicas abdominais; Dor Abdominal; Falta de interesse na comida; Relato de ingestão inadequada de alimentos.

Fatores Relacionados:

Fatores Psicológicos, Fatores biológicos, Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos.

DOR AGUDA

Definição:

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real, potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo de Dor); Início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Características Definidoras:

Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiros); Expressão facial (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); Relato verbal de dor, Evidência observada de dor, Mudanças na frequência cardíaca; Mudança na frequência respiratória, Dilatação pupilar.

Fatores Relacionados:

Agentes Lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

HIPERTERMIA

Definição:

Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; Calor ao



toque; Convulsões; Pele avermelhada; Taquicardia; Taquipneia.

Fatores Relacionados:

Aumento da taxa metabólica; Desidratação; Doença; Medicamentos, Doença, Vestimentas inadequadas.

HIPOTERMIA

Definição:

Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Características Definidoras:

Hipertensão; Palidez; Pele fria; Preenchimento capilar lento; Taquicardia; Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais; Tremor; Piloereção.

Fatores Relacionados:

Consumo de álcool; Desnutrição; Diminuição da taxa metabólica; Doença; Medicamentos, Exposição a ambiente frio.

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

Definição:

Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecido subcutâneo.

Características Definidoras

Tecido destruído; Tecido lesado.

Fatores relacionados

Déficit de líquido; Excesso de líquidos; Extremos de temperatura; Fatores Mecânicos (pressão, abrasão, fricção); Fatores nutricionais (déficit ou excesso); Radiação; Mobilidade física prejudicada; Lesão cirúrgica.

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição:

Epiderme e/ou derme alteradas.



Característica Definidora:

Destruição de camada da pele; Rompimento de superfície da pele; Invasão de estruturas da pele.

Fatores relacionados:

Fatores mecânicos (p.ex., forças abrasivas, pressão, contenção); Hipertermia; Hipotermia; Medicamentos; Estado metabólico prejudicado; Pele úmida; Radiação; Umidade; Circulação prejudicada; Déficit imunológico; Proeminências ósseas, Imobilização física.

RISCO DE INFECÇÃO

Definição:

Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Fatores de risco:

Defesa primária inadequada (pele rompida, tecido traumatizado); Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória); Procedimentos invasivos; Ruptura prematura de membranas amnióticas; Ruptura prolongada de membranas amnióticas; Desnutrição; Trauma; Imunidade adquirida inadequada; Imunossupressão; Procedimentos invasivos.

RISCO DE SANGRAMENTO

Definição:

Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde.

Fatores de Risco:

Complicações pós- parto (atonía uterina, placenta retida); Complicações relativas à gravidez (placenta prévia, gravidez molar, descolamento da placenta); Efeitos secundários relacionados ao tratamento (cirurgia); Coagulopatia intravascular disseminada.



RISCO DE QUEDAS

Definição:

Suscetibilidade aumentada para quedas que possam causar danos físicos.

Fatores de Risco:

Quarto não familiar; Condições pós operatórias; Equilíbrio prejudicado; Hipotensão Ortostática; Condições pós-operatórias; Mobilidade física prejudicada; Condições climáticas; Estado mental rebaixado.

VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

Definição:

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Características Definidoras:

Agitação; Alterações na pressão arterial; Edema; Congestão pulmonar; Dispnéia; Ganho de peso em um curto período; Hematócrito diminuído; Hemoglobina diminuída; Ingestão maior que o débito.

Fatores Relacionados:

Mecanismos reguladores comprometidos.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA

Definição:

Disfunção na eliminação de urina.

Características Definidoras:

Disúria; Hesitação urinária (dificuldade/demora a iniciar a micção); Incontinência; Frequência (poliúria); Retenção urinária; Urgência urinária.

Fatores Relacionados:

Infecção no trato urinário; Múltiplas causas.



CONSTIPAÇÃO

Definição:

Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.

Características definidoras:

Abdome distendido; Dor à evacuação; Dor abdominal; Eliminação involuntária de fezes líquidas; Esforço para evacuar; Incapacidade de eliminar fezes; Fezes duras e formadas; Flatulência grave; Macicez à percussão abdominal; Mudanças nos ruídos abdominais; Mudança no padrão intestinal; Presença de fezes pastosas no reto; Pressão abdominal aumentada; Ruídos intestinais hipoativos

Fatores Relacionados:

Gravidez; Desequilíbrio eletrolítico, Motilidade do trato gastrointestinal.

AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Definição:

Quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar.

Características Definidoras:

A criança não recebe nutrição em alguma ou em todas as mamadas; Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno; Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno; Separação entre mãe e filho.

Fatores Relacionados:

Contra indicações à amamentação; Doença da criança; Doença da mãe; Necessidade de desmamar abruptamente a criança; Prematuridade.



COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

Definição:

Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos

Características Definidoras:

Dificuldade de usar a expressão corporal; Dificuldade de usar a expressão facial; Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos; Dificuldades para formar frases; Dificuldade para formar palavras; Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação; Fala com dificuldade; Incapacidade de falar o idioma do cuidador; Não consegue falar; Não fala; verbaliza com dificuldade.

Fatores Relacionados:

Alteração no sistema nervoso central; Barreiras físicas (traqueostomia, intubação); Barreiras psicológicas (psicose, falta de estímulos); Condições fisiológicas; Defeito anatômico (fenda palatina, alteração do sistema visual neuromuscular, sistema auditivo ou aparelho fonador); Diferenças culturais; Diminuição da circulação cerebral; Efeitos colaterais de medicamentos, Estresse; Percepção alterada; Falta de informação.

DÉFICIT PARA AUTO CUIDADO (banho, vestir-se, higiene íntima, alimentação)

Definição:

Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação, banho higiene, higiene íntima por si mesma.

Características Definidoras:

Incapacidade de completar uma refeição; Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura; Incapacidade de levar os alimentos de um recipiente a boca; Incapacidade de acessar o banheiro, Incapacidade de



lavar o corpo; Incapacidade de pegar os artigos para o banho; Incapacidade para secar o corpo; Capacidade prejudicada de calçar meias e sapatos; Incapacidade de colocar itens de vestuário necessários; Incapacidade de manter a aparência em um nível satisfatório

Fatores Relacionados:

Desconforto; Prejuízo músculo esquelético; Dor; Ansiedade grave; Fraqueza; Barreira ambiental; Fadiga; Motivação diminuída.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Definição:

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Características Definidoras:

Amplitude limitada de movimento; Dispneia aos esforços; Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas e grossas; Instabilidade postural.

Fatores Relacionados:

Ansiedade; Controle muscular diminuído; Desconforto; Desnutrição; Medicamentos; Força muscular diminuído; Prejuízo músculo esquelético diminuído.

MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Definição:

Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito.

Características Definidoras:

Capacidade prejudicada de posicionar-se na cama; Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro



Fatores Relacionados:

Dor; Força muscular insuficiente; Medicamento; Obesidade; Limitação ambientais

RISCO DE ASPIRAÇÃO

Definição:

Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

Fatores de Risco:

Administração de medicação; Alimentação por sonda; Deglutição prejudicada; Esfíncter esofágico inferior incompetente; Esvaziamento gástrico retardado; Motilidade gastrintestinal diminuída; Presença de sonda endotraqueal e tubos gastrintestinais; Resíduo gástrico aumentado; Nível de consciência reduzido.

RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Definição: Risco de a pele ser alterada de forma adversa.

Fatores de Risco:

Extremos de idade; Fatores Mecânicos (p. ex. forças abrasivas, pressão, contenção); Hipertermia; Hipotermia; Radiação; Substância química; Umidade; Secreções; Estado nutricional desequilibrado; Medicamentos.

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA

Definição:

Reservas de energia diminuídas resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida.

Características Definidoras:

Dispnéia, PCO₂ aumentado, PO₂ diminuído, Saturação diminuída;



Agitação; Uso aumentado da musculatura acessória; Volume corrente diminuído; Taxa metabólica aumentada.

Fatores Relacionados:

Fadiga da musculatura respiratória; Fatores metabólicos;

VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

Definição:

Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança do sódio.

Características Definidoras:

Aumento da frequência do pulso; Aumento da concentração urinária; Diminuição do débito urinário; Diminuição do turgor da pele; Mucosas secas; Diminuição da pressão arterial; Elevação de hematócrito; Fraqueza; Sede; Pele seca.

Fatores Relacionados:

Falha dos mecanismos reguladores; Perda ativa de volume de líquidos.

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2012

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutive.
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.